

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY.S.S
DI PUSKESMAS PEMBANTU TENAU KOTA KUPANG
PERIODE TANGGAL 23 FEBRUARI S/D 18 MEI 2019

Sebagai Laporan Tugas Akhir Yang Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat
Dalam Menyelesaikan Pendidikan D III Kebidanan Pada Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh

Marini Audia Lay
NIM . PO.530324015 468

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEBIDANAN KUPANG

2019

HALAMAN PERSETUJUAN
LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY S.S
DI PUSKESMAS PEMBANTU TENAUKOTA KUPANG
PERIODE 23 FEBRUARI S/D 18 MEI 2019

Oleh :

Marini A,Lay
NIM . PO. 530324015 468

Telah Disetujui Untuk Diperiksa Dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji
Laporan Tugas Akhir Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal: 19 juni 2019

Pembimbing



Martina Fenansia Diaz, SST.,M.Kes

Mengetahui,
Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



Dr. Mareta Bakale Bakoil, SST.,MPH.
NIP.197603102000122001

HALAMAN PENGESAHAN

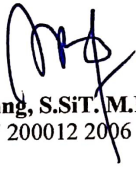
**LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY S.S
DI PUSKESMAS PEMBANTU TENAU KOTA KUPANG
PERIODE 23 FEBRUARI S/D 18 MEI 2019**

Oleh :

Marini A.Lay
NIM . PO. 530324015 468

Telah Dipertahankan di hadapan Tim Penguji
Pada Tanggal : 19 juni 2019

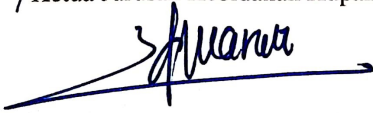
Penguji I


Mariana Ng. Awang, S.SiT., M.Kes
NIP.19740517 200012 2006

Penguji II


Martina FenansiaDiaz, SST., M.Kes

Mengetahui,
Ketua Jurusan Kebidanan Kupang


Dr. Mareta Bakale Bakoil, SST., MPH
NIP .197603102000122001

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Marini A. Lay
NIM : PO. 530324015468
Jurusan : Kebidanan
Angkatan : XVII (TujuhBelas)
Jenjang : Diploma III

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul :

“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY S.S DI
PUSKESMAS PEMBANTU TENAU KOTA KUPANGPERIODE 23
FEBRUARI S/D 18 MEI 2019”

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Kupang, 19 juni2019

Penulis



Marini Audia. Lay
NIM. PO 530324015 468

RIWAYAT HIDUP

Nama : Marini A. Lay
Tempat tanggal lahir : Kupang, 18-Maret-1996
Agama : Kristen protestan
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Camplong 1, Kabupaten Kupang
Riwayat Pendidikan :

- | | |
|---|---------------------|
| 1. SDN Impres Lili | Lulus tahun 2008 |
| 2. SMPN Negeri 1 Fatuleu | Lulus tahun 2011 |
| 3. SMA Negeri 1 Fatuleu | Lulus tahun 2014 |
| 4. DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang | Angkatan tahun 2015 |

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk, serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. S.S di Puskesmas pembantu Tenau Kota Kupang Periode 18 Februari s/d 23 Mei Tahun 2019” dengan baik dan tepat waktu.

Laporan Tugas Akhir ini penulis susun untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penulis telah mendapatkan banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ragu Harming Kristin, SKM., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
2. Mareta Bakale Bakoil, SST., MPH, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
3. Mariana Ng. Awang, S.SiT.M.Kes selaku Penguji I yang telah memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis sehingga laporan ini dapat terwujud.
4. Martina Fenansia Diaz SST., M.Kes selaku Pembimbing dan Penguji II yang telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.
5. Maria Imaculata Pai Amd.Keb selaku Pimpinan Pustu Tenau yang telah memberikan izin serta memberikan bimbingan selama praktek klinik berlangsung.
6. Kedua orang tuaku tercinta, Bapak(Alm) Ayub Lubalu dan Mama Tabita Lay, kakek tercinta Lambertus Lay, dan Nenek Tercinta Carolina Layyang telah memberikan perhatian, kasih sayang, serta dukungan secara penuh baik moril, materil serta kasih sayang dan doa yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki penulis.

7. Suami dan anak tersayang yang telah memberikan dukungan baik motivasi ataupun tindakan, serta doa untuk penulis.
8. Keluarga Besar Lay yang telah memberikan dukungan dan motivasi.
9. Seluruh teman-teman mahasiswa angkatan XVIII Jurusan Kebidanan Poltekkes Kupang yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetensi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang ikut ambil bagian dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa dalam Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, hal ini karena adanya kekurangan dan keterbatasan kemampuan penulis. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang dapat bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih semoga dapat bermanfaat dan Tuhan memberkati.

Kupang, Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|---------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN | iv |
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| DAFTAR ISI | viii |
| DAFTAR TABEL | x |
| DAFTAR BAGAN | xi |
| DAFTAR LAMPIRAN | xii |
| DAFTAR SINGKATAN | xiii |
| ABSTRAK | xvii |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 3 |
| C. Tujuan Penelitian | 4 |
| D. Manfaat Penelitian | 4 |
| E. Keaslian Laporan Studi Kasus | 5 |
| BAB II TINJAUAN TEORI | 6 |
| A. Konsep Dasar Kehamilan | 6 |
| B. Konsep Dasar Persalinan | 26 |
| C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir | 43 |
| D. Konsep Dasar Masa Nifas | 55 |
| E. Kerangka Pikir | 76 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 77 |
| A. Jenis Laporan Studi Kasus | 77 |
| B. Lokasi Dan Waktu | 77 |
| C. Subyek Laporan Kasus | 77 |
| D. Teknik Pengumpulan Data | 77 |
| E. Keabsahan Penelitian | 78 |
| F. Alat dan Bahan | 79 |
| G. Etika Penelitian | 79 |
| BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN | 81 |
| A. Gambaran lokasi penelitian | 81 |
| B. Tinjauan kasus | 81 |
| C. Pembahasan | 110 |

| | |
|-----------------------|-----|
| BAB V PENUTUP | 120 |
| A. Simpulan | 120 |
| B. Saran | 121 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

| | | |
|----------|--|----|
| Tabel 1 | Diagnosis Banding Nulipara dan Multipara..... | 8 |
| Tabel 2 | Perbedaan Ciri-ciri Janin Hidup dan Mati..... | 9 |
| Tabel 3 | Perbedaan Janin Tunggal dan Kembar | 9 |
| Tabel 4 | Perbedaan Janin Intrauteri dan Ekstrauteri | 10 |
| Tabel 5 | Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil | 14 |
| Tabel 6 | Menu Makan Ibu Hamil..... | 15 |
| Tabel 7 | TFU Berdasarkan Umur Kehamilan..... | 23 |
| Tabel 8 | Selang Waktu Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid..... | 24 |
| Tabel 9 | Bidang Hodge | 34 |
| Tabel 10 | APGAR Skor | 51 |
| Tabel 11 | Jadwal Imunisasi Pada Neonatus/Bayi Muda..... | 54 |
| Tabel 12 | Kunjungan Masa Nifas..... | 57 |
| Tabel 13 | Perubahan Normal pada Uterus Selama Masa Nifas | 60 |
| Tabel 14 | Pola Perencanaan Keluarga Berencana..... | 70 |

| | |
|---|----|
| Tabel 15 Riwayat Persalinan Masa Lalu | 83 |
| Tabel 16 Pola Kebiasaan Sehari-hari | 84 |
| Tabel 17 Diagnosa dan Data Dasar | 87 |

DAFTAR BAGAN

| | |
|----------------------------------|----|
| Bagan 1 Kerangka Pemikiran | 76 |
|----------------------------------|----|

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--------------|--|
| LAMPIRAN I | Lembar Konsultasi Laporan Tugas Akhir Pembimbing |
| LAMPIRAN II | Buku KIA |
| LAMPIRAN III | Liflet |
| LAMPIRAN V | Persetujuan Responden |
| LAMPIRAN VI | Jadwal Kunjungan Rumah |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-------------|--|
| AKB | : Angka Kematian Bayi |
| AKI | : Angka Kematian Ibu |
| ANC | : Antenatal Care |
| APN | : Asuhan Persalinan Normal |
| APGAR | : Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration (warna kulit, denyut jantung, respons refleks, tonus otot/keaktifan, dan pernapasan) |
| ASI | : Air Susu Ibu |
| BAB | : Buang Air Besar |
| BAK | : Buang Air Kecil |
| BAKSOKUDAPN | : Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang, Darah dan doa, Posisi dan Nutrisi |
| BB | : Berat Badan |

| | |
|-----------|--|
| BBL | : Bayi Baru Lahir |
| BBLR | : Berat Badan Lahir Rendah |
| BH | : Buste Hounder |
| BTA | : Basil Tahan Asam |
| Ca | : <i>Calcium</i> |
| CCT | : <i>Controlled Cord Traction</i> |
| Co2 | : <i>Carbondioksida</i> |
| Cm | : centimeter |
| CPD | : Cephalo Pelvic Disoproportion |
| Depkes RI | : Departemen Kesehatan Republik Indonesia |
| Dinkes | : Dinas Kesehatan |
| DJJ | : Denyut Jantung Fetus |
| DM | : Diabetes Melitus |
| DPT | : Difteri, Pertusis, Tetanus |
| DTT | : Desinfeksi Tingkat Tinggi |
| FSH | : Folikelimulat Stimulating Hormon |
| GPAAH | : <i>Gravida, Para</i> , Abortus, Anak Hidup |
| gr | : gram |
| HB | : Haemoglobin |
| HDK | : Hipertensi Dalam Kehamilan |
| HIV | : Human Immunodeficiency Virus |
| HPHT | : Hari Pertama Haid Terakhir |
| HPP | : Haemorrhage Post Partum |
| IM | : Intra Muskular |
| IMD | : Inisiasi Menyusu Dini |
| IMS | : Infeksi Menular Seksual |
| ISK | : Infeksi Saluran Kencing |
| IUFD | : Intra Uterine Fetal Death |
| K1 | : Kunjungan ibu hamil pertama kali di tenaga kesehatan pada usia kehamilan trimester 1 (0-12 Minggu) |

| | |
|----------------|--|
| K4 | : Kunjungan ibu hamil ke empat kali di tenaga kesehatan dengan syarat minimal satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III |
| KB | : Keluarga Berencana |
| KEK | : Kekurangan Energi Kronik |
| Kemenkes | : Kementrian Kesehatan |
| KF | : Kunjungan Nifas |
| KH | : Kelahiran Hidup |
| KIA | : Kesehatan Ibu dan Anak |
| KMS | : Kartu Menuju Sehat |
| KN | : Kunjungan Neonatus |
| KPD | : Ketuban Pecah Dini |
| Lila | : Lingkar Lengan Atas |
| MAK III | : Manajemen Aktif Kala III |
| MAL | : Metode Amenorhea Laktasi |
| MDGs | : Millenium Development Goals |
| mmHg | : MiliMeterHidrogirum |
| MSH | : Melanophore Stimulating Hormon |
| NTT | : Nusa Tenggara Timur |
| O ² | : Oksigen |
| P4K | : Perencanaan Persalinan dan PencegahanKomplikasi |
| PAP | : Pintu Atas Panggul |
| PD | : Pelindung Diri |
| PEB | : Pre Eklamsi Berat |
| PER | : Pre Eklamsi Ringan |
| PTD | : Penyakit Tidak Menular |
| PONED | : Pelayanan Obstetri Neonatus Esensial Dasar |
| PONEK | : Pelayanan Obstetri Neonatus Emergency Komprehensif |
| PPIA | : Pencegahan Penularan HIV dari ibu ke anak |
| PX | : Prosesus Xympoideus |
| Riskesdas | : Riset Kesehatan Data |

| | |
|-------|--|
| ROB | : Riwayat Obstetri Buruk |
| RPJMN | : Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional |
| SC | : Seksio Caesar |
| SDKI | : Survey Demografi Kesehatan Indonesia |
| SOAP | : Subyektif, Obyektif, Analisis, Penatalaksanaan |
| TB | : Tinggi Badan |
| TBBJ | : Tafsiran Berat Badan Janin |
| TBC | : Tuberculosis |
| TD | : Tekanan Darah |
| TFU | : Tinggi Fundus Uteri |
| TP | : Tafsiran Persalinan |
| TT | : Tetanus Toksoid |
| UK | : Umur Kehamilan |
| USG | : Ultrasonografi |
| WUS | : Wanita Usia Subur |

ABSTRAK

Kementerian Kesehatan RI
Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang
Jurusan Kebidanan
Laporan Tugas Akhir
Mei 2019

Marini A.Lay

Asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.S.S di Puskesmas Pembantu Tenau Kota Kupang periode tanggal 23 Februari – 18 Mei 2019

Latar Belakang : Data yang diperoleh di Puskesmas Pembantu Tenau pada tahun 2018, KI 70,38 persen, K4 83,18 persen, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan 75,72 persen, KFI 106,41 persen, KN1 82,54 persen, KN lengkap 114,7 persen. Jadi dari data tahun 2018 dapat dianalisis bahwa terjadi kesenjangan dimana ada beberapa data yang tidak mencapai target yaitu KI, K4, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dan KN1.

Tujuan Penelitian : Memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.S.S di Puskesmas Pembantu Tenau periode tanggal 23 Februari – 18 Mei 2019.

Metode Penelitian : studi kasus menggunakan metode 7 langkah varney dan metode SOAP melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumen.

Hasil : Ny. S.S selama masa kehamilannya dalam keadaan sehat, proses persalinan berlangsung normal, masa nifas involusi berjalan normal, bayi tidak ikterus dan berjalan normal, dan konseling ber-KB ibu memilih alat kontrasepsi suntik progestin.

Simpulan : Setelah melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu dari masa kehamilan sampai bersalin, ibu dan bayi dalam kondisi sehat. Ibu mau menerima dan mengikuti anjuran yang diberikan.

Kata Kunci : Ibu, bayi, Asuhan Kebidanan Berkesinambungan

Kepustakaan : 31 buku (2000-2017)

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Pelayanan kebidanan berkelanjutan adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus-menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Layanan kebidanan harus disediakan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai enam minggu pertama postpartum dan pelayanan keluarga berencana (Pratami, 2014).

Kehamilan merupakan proses yang alamiah. Perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis, bukan patologis. Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40

minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Walyani, 2015).

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator yang, dimana peka terhadap kualitas dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan. Menurut laporan *World Health Organization* (WHO) Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Angka kematian ibu di Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup, *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa angka kematian ibu di ASEAN tergolong paling tinggi di dunia (*World Health Organization, 2015*). Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI di Indonesia (yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas) sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup.

Angka kematian Ibu kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015. Angka ini masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga di Kawasan ASEAN. Hasil SUPAS (Survei Penduduk Antar Sensus) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23 per 1.000 KH, yang artinya sudah mencapai target MDGs 2015 sebesar 23 per 1.000KH. Penyebab kematian ibu yang paling umum di Indonesia adalah penyebab obstetrik langsung yaitu perdarahan 28 persen, preeklamsia/eklampsia 24persen, infeksi 11 persen, sedangkan penyebab tidak langsung adalah trauma obstetrik 5 persen dan lain-lain 11persen(Kemenkes RI, 2015).

Laporan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se-Provinsi NTT tahun 2016 mengalami penurunan pada tahun 2016 bila dibandingkan dengan AKI pada tahun 2015. Upaya penurunan AKI terus dilakukan melalui program Revolusi KIA di Propinsi NTT, yang mendapat perhatian besar dan dukungan pemerintah. Strategi akselerasi penurunan Angka Kematian Bayi dan Ibu di Kota Kupang dilaksanakan dengan berpedoman pada poin penting Revolusi KIA yakni setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yang terampil di fasilitas kesehatan yang memadai. Selain itu dengan Revolusi KIA juga diharapkan setiap komplikasi

obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat, peningkatan kualitas dan akses pelayanan kesehatan bagi ibu serta melaksanakan kemitraan lintas sektor dan lintas program.

Tahun 2016 Angka Kematian Ibu dari data yang dikumpulkan Bidang Kesehatan Keluarga terdapat 4 kasus dari 8.304 kelahiran hidup dengan Angka Kematian Ibu 2016 yang dilaporkan sebesar 48 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Adapun rincian penyebab Kematian Ibu sebagai berikut 3 kasus disebabkan oleh perdarahan dan 1 kasus kematian karena *pre-eklamsia*. Angka Kematian Bayi (AKB) di Kota Kupang pada tahun 2016 sebesar per 1.000 kelahiran Hidup. Angka ini menunjukkan adanya penurunan bila dibandingkan dengan AKB pada tahun sebelumnya. Bidang Kesehatan Keluarga mengumpulkan data tahun 2016 terdapat 17 kasus kematian bayi dari 8.304 kelahiran hidup. Sedangkan untuk kasus lahir mati berjumlah 30 kasus kematian, kasus kematian yang dikategorikan lahir mati adalah kelahiran seorang bayi dari kandungan yang berumur paling sedikit 28 minggu tanpa menunjukkan tanda-tanda kehidupan. Penyebab kematian bayi sendiri sebagian besar masih didominasi oleh Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan asfiksia sebanyak 3 kasus, selain itu ada juga kematian diakibatkan infeksi sebanyak 1 kasus, kongenital (kelainan bawaan) sebanyak 2 kasus, ikterus 1 kasus, kejang dan demam sebanyak 1 kasus, pneumonia sebanyak 1 kasus, lain-lain sebanyak 1 kasus.

Berdasarkan data yang didapat di Pustu Tenau pada tahun 2016 yaitu K1 74,39 persen, K4 yaitu 21,78%, persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan adalah 80,31 persen, kunjungan nifas (KF3) 93,19 persen, KN1 83,33 persen, KN lengkap 110,94 persen. Jadi, dari data pada tahun 2016 dapat dianalisis bahwa terjadi kesenjangan dimana ada beberapa data yang tidak mencapai target yaitu K1, K4, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan (nakes), dan KN1. Tahun 2017 K1 71,48 persen, K4 79,74 persen, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan 72,24 persen, KF3 110 persen, KN1 85,36 persen, KN lengkap 108 persen. Jadi, dari data pada tahun 2017 dapat dianalisis bahwa terjadi kesenjangan dimana ada beberapa data yang tidak mencapai target yaitu K1, K4, persalinan ditolong oleh

tenaga kesehatan (nakes), dan KN1. Tahun 2018 K1 70,38 persen, K4 83,18 persen, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan (nakes) 75,72 persen, KF3 106,41 persen, KN1 82,54 persen, KN lengkap 114,7 persen. Jadi, dari data pada tahun 2018 dapat dianalisis bahwa terjadi kesenjangan dimana ada beberapa data yang tidak mencapai target yaitu K1, K4, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan (nakes), dan KN1.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. S.S di Pustu Tenau Kabupaten Kupang Periode 23 Februari Sampai 18 Mei 2019”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan data di atas, maka disusun rumusan masalah sebagai berikut
”Bagaimana Memberikan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Kepada Ny.S.S di Puskesmas pembantu Tenau Kota Kupang periode 23 Februari s/d 18 Mei 2019?”

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan kepada Ny. S.S di Pustu tenau tahun 2019

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. S.S di Pustu Tenau
- b. Melakukan asuhan kebidanan persalinan pada Ny. S.S di Pustu Tenau
- c. Melakukan asuhan kebidanan BBL pada Ny. S.S di Pustu Tenau
- d. Melakukan asuhan kebidanan nifas pada Ny.S.S di Pustu Tenau

- e. Melakukan asuhan kebidanan keluarga berencana pada Ny. S.S di Pustu Tenau

D. Manfaat

1. Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai pertimbangan masukan untuk menambah wawasan tentang asuhan kebidanan berkelanjutan yang meliputi masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB.

2. Praktis

- a. Institusi

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai masukan dan menambah wawasan tentang asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB di komunitas.

- b. Profesi

Hasil penelitian sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif bagi profesi bidan dalam asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB di komunitas.

- c. Klien dan masyarakat

Diharapkan agar klien maupun masyarakat bisa melakukan deteksi dari asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan keluarga berencana sehingga memungkinkan segera mendapatkan penanganan.

E. Keaslian Laporan Studi Kasus

Penelitian yang hampir serupa pernah dilakukan oleh :

1. Penelitian yang sama dilakukan oleh mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kupang atas nama Marini Audia Lay Laporan Kasus terdahulu yang mirip dengan laporan kasus penulis adalah Amanda, 2013 dengan judul “Laporan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. L. G₁ P₀ A₀ AH₀ Tanggal 10 Oktober 2013 sampai 14 November 2013 di BPM Wardiah, Amd. Keb Kecamatan Jangka Kabupaten Bireuen. Laporan kasus sebelumnya bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan penerapan manajemen asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. L. G₁ P₀ A₀ AH₀ mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir. Laporan kasus menggunakan pendokumentasian manajemen 7 langkah

Varney (Pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, merencanakan asuhan yang menyeluruh, melaksanakan rencana asuhan dan melakukan evaluasi).

2. Dengan judul "Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. S.S di Puskesmas pembantu tenau kota kupang periode 23 Februari sampai dengan 18 Mei tahun 2019". Judul ini bertujuan memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil menggunakan pendekatan manajemen Varney dan pendokumentasian SOAP. Metode penelitian yang digunakan yakni menggunakan metode pengumpulan data berupa wawancara, studi kepustakaan, dan studi dokumentasi. Hasil studi kasusnya menunjukkan keberhasilan dalam memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan terhadap Ny.S.S Persamaan dengan penelitian terdahulu adalah sama-sama melakukan penelitian dengan memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan. Sedangkan perbedaannya dengan peneliti terdahulu yaitu pada waktu, tempat, pendokumentasian menggunakan SOAP dan subyek.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan adalah peristiwa yang didahului bertemunya sel telur dan sel ovum dengan sel sperma dan akan berlangsung selama kira-kira 10 bulan lunar, atau 9 bulan kalender, atau 40 minggu, atau 280 hari yang dihitung dari hari pertama periode menstruasi terakhir *Last Menstrual Period* (LMP) (Wagiyo & Putrono, 2016).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu 2 hari bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi (Walyani, 2015).

2. Tanda pasti kehamilan

Tanda pasti hamil adalah data atau kondisi yang mengidikasikan adanya buah kehamilan atau bayi yang diketahui melalui pemeriksaan dan direkam oleh pemeriksannya (misalnya DJJ, gambaran sonogram jani, dan gerak janin). Menurut Romauli (2011), tanda pasti hamil ialah :

a. Denyut Jantung Janin (DJJ)

Denyut jantung janin dapat didengar dengan stetoskop laenec pada minggu 17-18 pada orang gemuk, lebih lambat. DJJ dapat didengarkan lebih awal lagi, sekitar minggu ke 12 dengan stetoskope ultrasonic.

b. Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin juga bemula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu karena diusia kehamilan tersebut, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi diusia kehamilan 16-18 minggu (dihitung dari HPHT). Gerakan pertama bayi yang dapat dirasakan ibu tersebut dengan quickening, yang sering diartikan sebagai kesan kehidupan. Bagian-bagian tubuh juga dapat dipalpasi dengan mudah mulai usia kehamilan 20 minggu.

b. Tanda Braxton-Hiks

Tanda ini khas untuk uterus dalam masa hamil. Keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, maka tanda ini tidak ditemukan.

3. Klasifikasi usia kehamilan

Kehamilan terbagi menjadi tiga trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 13 sampai 28 minggu, dan trimester ketiga 29 minggu hingga 40 minggu (Walyani, 2015).

4. Diagnosis Kehamilan

Menurut Romauli (2011) pertimbangan untuk menegakkan diagnosis antara lain:

a. Hamil atau Tidak Hamil

Dugaan hamil, tanda tidak pasti hamil, tanda pasti hamil.

b. Primigravida (Nulipara) atau Multigravida (Multipara)

Terdapat perbedaan dalam perawatan kehamilan sampai dengan pertolongan persalinan antara primigravida dan multigravida. Bidan perlu mencocokkan hasil anamnesis dengan pemeriksaan fisik agar data sebagai dasar pertimbangan diagnosis valid dan dapat dipertanggungjawabkan.

Tabel 1 Diagnosis Banding Nulipara dan Multipara

| No | Nulipara | Multipara |
|-----|---|---|
| 1. | Perut tegang | Perut longgar, perut gantung, banyak striae |
| 2. | Pusat menonjol | Tidak begitu menonjol |
| 3. | Rahim tegang | Agak lunak |
| 4. | Payudara tegang | Kurang tegang dan tergantung, ada striae |
| 5. | Labia mayora nampak bersatu | Terbuka |
| 6. | Himen koyak pada beberapa tempat | Kurangkula himenalis |
| 7. | Vagina sempit dengan rugae yang utuh | Lebih besar, rugae kurang menonjol |
| 8. | Serviks licin, bulat dan tidak dapat dilalui oleh satu ujung jari | Bisa terbuka dengan satu jari, kadang kala ada bekas robekan persalinan yang lalu |
| 9. | Perineum utuh dan baik | Bekas robekan atau bekas episiotomy |
| 10. | Pembukaan serviks: a. Serviks mendatar dulu, baru membuka b. Pembukaan rata-rata 1 cm dalam 2 jam | a. Mendatar sambil membuka hampir sekaligus b. 2 cm dalam 1 jam |
| 11. | Bagian terbawah janin turun pada 4-6 minggu akhir kehamilan | Biasanya tidak terfiks pada PAP sampai persalinan mulai |
| 12. | Persalinan hampir selalu dengan episiotomy | Tidak |

Sumber: (Walyani, 2015).

c. Janin Hidup atau Mati

Menegakkan diagnosis janin dalam keadaan hidup atau mati, ada beberapa hal yang dapat kita jadikan sebagai dasar, seperti dalam tabel berikut ini (Sulistyawati, 2009).

Tabel 2 Perbedaan Ciri-ciri Janin Hidup dan Mati

| No | Janin Hidup | Janin Mati |
|----|--|---|
| 1. | DJJ terdengar | DJJ tidak terdengar |
| 2. | Rahim membesar seiring dengan bertambahnya TFU | Rahim tidak membesar/TFU menurun |
| 3. | Pada palpasi teraba jelas bagian-bagian janin | Palpasi tidak jelas |
| 4. | Ibu merasakan gerakan janin | a. Ibu tidak merasakan gerakan janin b. Pada pemeriksaan rontgen terdapat tanda Spalding (tulang tengkorak tumpang tindih), tulang punggung melengkung, ada gelembung gas dalam janin c. Reaksi biologis akan muncul setelah 10 hari janin mati |

Sumber: (Sulistyawati, 2009)

d. Janin Tunggal atau Kembar

Selain kesejahteraan janin, banyaknya janin dalam uterus juga harus dipastikan agar dapat diprediksi gambaran persalinan yang akan dilalui (Sulistyawati, 2009).

Tabel 3 Perbedaan Janin Tunggal dan Kembar

| No | Janin Tunggal | Janin Kembar |
|----|--|---|
| 1. | Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan | Pembesaran perut tidak sesuai dengan usia kehamilan |
| 2. | Palpasi: teraba 2 bagian besar (kepala dan bokong) | a. Teraba 3 bagian besar (kepala dan bokong) b. Meraba dua bagian besar berdampingan |
| 3. | Teraba bagian-bagian kecil hanya di satu pihak (kanan atau kiri) | Meraba banyak bagian kecil |
| 4. | Denyut jantung janin (DJJ) terdengar hanya di satu | Terdengar dua DJJ pada dua tempat dengan perbedaan 10 |

| | | |
|----|--|-----------------------------------|
| | tempat | denyutan/lebih |
| o. | Janin Tunggal | Janin Kembar |
| 5. | Rontgen hanya tampak satu kerangka janin | Rontgen tampak dua kerangka janin |

Sumber: (Sulistyawati, 2009)

e. Janin Intrauteri atau Ekstrauteri

Kepastian janin berada di luar atau di dalam uteri sangat diperlukan dan hal ini berkaitan dengan tindakan yang akan dilakukan karena menyangkut kondisi kegawatdaruratan. Diagnosis ini sebenarnya sangat mudah untuk ditegakkan, namun tidak ada salahnya jika kembali kita cermati perbedaannya seperti dalam tabel berikut ini (Sulistyawati, 2009).

Tabel 4 .Perbedaan Janin Intrauteri dan Ekstrauteri

| No | Intrauteri | Ekstrauteri |
|----|---|---------------------------------------|
| 1. | Ibu tidak merasakan nyeri jika ada pergerakan janin. | Pergerakan janin dirasa nyeri sekali. |
| 2. | Janin tidak begitu mudah diraba. | Janin lebih mudah diraba. |
| 3. | Ada kemajuan persalinan: a. Pembukaan; b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus bertambah seiring dengan berjalannya waktu persalinan; c. Penurunan kepala janin bertambah. | Tidak ada kemajuan persalinan. |

Sumber: (Sulistyawati, 2009).

f. Keadaan Jalan Lahir (Sulistyawati, 2009)

Terdapat tanda Chadwick, adanya tanda Hegar, tidak adanya kemungkinan panggul sempit (melalui pemeriksaan panggul) (Sulistyawati, 2009).

5. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Kehamilan Trimester III

a. Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III

1) Rahim atau uterus

Ukuran pada kehamilan cukup bulan : 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu). Bentuk dan konsistensi pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan, rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Rahim yang tidak hamil kira-kira sebesar telur ayam, pada kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, dan kehamilan 3 bulan sebesar telur angsa. Minggu

pertama, isthmus rahim mengadakan hipertrofi dan bertambah panjang sehingga jika diraba terasa lebih lunak (*soft*), disebut tanda Hegar. Kehamilan 5 bulan, rahim terabah seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis; karena itu bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim(Sofian, 2012).

2) Vagina dan vulva

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertropi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Romaui, 2011).

3) Serviks uteri

Serviks uteripada saat kehamilan aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi). Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang (Romaui, 2011).

4) Sistem payudara

Pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat pada trimester III. Warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer ada kehamilan 32 minggu. Kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrom (Romaui, 2011).

5) Kulit

Terdapat deposit pigmen dan hyperpigmentasi alat-alat tertentu akibat peningkatan MSH (Melanophore Stimulating Hormon).

Hyperpigmentasi dapat terjadi di wajah, leher, alveolar mammae dan abdomen (Sofian, 2012).

6) Sirkulasi darah

Volume darah semakin meningkat kira-kira 25% dimana jumlah serum darah lebih besar dari pada pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada usia 32 minggu, terjadi supine hypotensive syndrome karena penekanan vena kava inferior (Sofian, 2012).

7) Sistem pernafasan

Ibu hamil akan merasa sesak nafas karena tekanan janin yang berada dibawah diafragma menekan paru-paru ibu pada usia kehamilan 33 sampai 36 minggu (Sofian, 2012).

8) Saluran pencernaan (Traktus digestivus)

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormone progesterone yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, kearah atas dan lateral (Romauli, 2011).

9) Sistem musculoskeletal

Sendi pelvic pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring kedepan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser kedepan (Romauli, 2011).

10) Sistem Metabolisme

Perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15%-20% dari semula terutama pada trimester ke III. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin (Sofian, 2012).

Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi. Makanan diperlukan protein tinggal $\frac{1}{2}$ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi : fosfor rata-rata 2 gram dalam sehari, zat besi, 800 mgr atau 30-50 mgr sehari. Ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air (Sofian, 2012).

11) Sistem perkemihan

Kepala janin mulai turun ke PAP (pintu atas panggul) keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdistensi daripada pelvis kiri akibat pegerakan uterus yang berat kekanan pada kehamilan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urin dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin (Romauli, 2011).

b. Perubahan Psikologis Kehamilan Trimester III

Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penantian, menurut Romauli (2011) perubahan psikologis trimester III ialah rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu, takut

akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya, khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya, merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya, merasa kehilangan perhatian, perasaan sudah terluka (sensitif), libido menurun.

6. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Menurut Walyani (2015), kebutuhan dasar ibu hamil trimester III ialah

a. Nutrisi

Tabel 5 Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

| Nutrisi | Kebutuhan Tidak Hamil/Hari | Tambahan Kebutuhan Hamil/Hari |
|------------|----------------------------|-------------------------------|
| Kalori | 2000-2200 kalori | 300-500 kalori |
| Protein | 75 gr | 8-12 gr |
| Lemak | 53 gr | Tetap |
| Fe | 28 gr | 2-4 gr |
| Ca | 500 mg | 600 mg |
| Vitamin A | 3500 IU | 500 IU |
| Vitamin C | 75 gr | 30 mg |
| Asam Folat | 180 gr | 400 |

Sumber : (Walyani, 2015).

b. Energi/Kalori

Sumber tenaga digunakan untuk tumbuh kembang janin dan proses perubahan biologis yang terjadi dalam tubuh yang meliputi pembentukan sel baru, pemberian makan ke bayi melalui plasenta, pembentukan enzim dan hormone penunjang pertumbuhan janin, untuk menjaga kesehatan ibu hamil, persiapan menjelang persalinan dan persiapan laktasi, kekurangan energi dalam asupan makan akan berakibat tidak tercapainya berat badan ideal selama hamil (11-14 kg) karena kekurangan energi akan diambil dari persediaan protein, sumber energi dapat diperoleh dari karbohidrat sederhana seperti (gula, madu, sirup), karbohidrat kompleks seperti (nasi, mie, kentang), lemak seperti (minyak, margarin, mentega).

c. Protein

Diperlukan sebagai pembentuk jaringan baru pada janin, pertumbuhan organ-organ janin, perkembangan alat kandunga ibu hamil,

menjaga kesehatan, pertumbuhan plasenta, cairan amnion, dan penambah volume darah. Kekurangan asupan protein berdampak buruk terhadap janin seperti IUGR, cacat bawaan, BBLR dan keguguran. Sumber protein dapat diperoleh dari sumber protein hewani yaitu daging, ikan, ayam, telur dan sumber protein nabati yaitu tempe, tahu, dan kacang-kacangan.

d. Lemak

Lemak dibutuhkan sebagai sumber kalori untuk persiapan menjelang persalinan dan untuk mendapatkan vitamin A,D,E,K.

e. Vitamin

Vitamin dibutuhkan untuk memperlancar proses biologis yang berlangsung dalam tubuh ibu hamil dan janin. Vitamin A untuk pertumbuhan dan pemeliharaan kesehatan jaringan tubuh, vitamin B1 dan B2 sebagai penghasil energi, vitamin B12 membantu kelancaran pembentukan sel darah merah, vitamin C membantu meningkatkan absorbs zat besi, vitamin D membantu absorbs kalsium.

f. Mineral

Mineral diperlukan untuk menghindari cacat bawaan dan defisiensi, menjaga kesehatan ibu selama hamil dan janin, serta menunjang pertumbuhan janin, beberapa mineral yang penting antara lain kalsium, zat besi, fosfor, asam folat, yodium, perlu tambahan suplemen mineral, susunan diet yang bervariasi berpatok pada pedoman gizi seimbang sehingga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral.

Tabel 6 Menu makanan ibu hamil

| Bahan Makanan | Wanita dewasa tidak hamil | Ibu hamil | | |
|---------------|---------------------------|-------------|--------------|---------------|
| | | Trimester I | Trimester II | Trimester III |
| Nasi | 3 ½ piring | 3 ½ piring | 4 piring | 3 piring |
| Ikan | 1 ½ potong | 1 ½ potong | 2 potong | 3 potong |
| Tempe | 3 potong | 3 potong | 4 potong | 5 potong |
| Sayuran | 1 ½ mangkok | 1 ½ mangkok | 3 mangkok | 3 mangkok |
| Buah | 2 potong | 2 potong | 2 potong | 2 potong |
| Gula | 5 sdm | 5 sdm | 5 sdm | 5 sdm |

| Bahan Makanan | Wanita dewasa tidak hamil | Ibu hamil | | |
|---------------|---------------------------|-------------|--------------|---------------|
| | | Trimester I | Trimester II | Trimester III |
| Susu | - | 1 gelas | 1 gelas | 1 gelas |

| | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------|
| Airs | 8 gelas | 8 gelas | 8 gelas | 8 gelas |
| Gunakan minyak atau santan pada waktu memasak | | | | |

Sumber : (Kemenkes RI. 2012)

g. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernapasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu melakukan: latihan nafas melalui senam hamil, tidur dengan bantal yang lebih tinggi, makan tidak terlalu banyak, kurangi atau hentikan merokok, konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain.

h. Personal hygiene

Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman. Ibu hamil harus memperhatikan kebersihan diri untuk mencegah terjadinya infeksi dan untuk mendapatkan ibu dan bayi yang sehat. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, dan juga menjaga kebersihan mulut, gigi dan daerah genitalia.

i. Pakaian

Pakaian wanita hamil harus ringan dan menarik karena wanita hamil tubuhnya akan lebih besar. Sepatu harus terasa pas, enak, dan aman. Desain bahan harus disesuaikan agar dapat menyangga payudara yang bertambah besar pada kehamilan dan memudahkan ibu ketika akan menyusui. BH harus bertali besar sehingga tidak terasa sakit dibahu.

j. Eliminasi

Frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala PAP (pintu atas panggul), BAB sering obstipasi karena hormone progesterone meningkat pada kehamilan trimester III.

k. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan.

l. Body mekanik

Secara anatomi, ligament sendi putar dapat meningkatkan pelebaran atau pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligament ini terjadi

karena pelebaran dan tekanan pada ligament karena adanya pembesaran rahim. Nyeri pada ligamen ini merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan oleh ibu hamil (Roumali, 2011).

m. Exercise

Tujuan utama dari senam hamil adalah sebagai berikut : mencegah terjadinya deformitas (cacat) kaki dan memelihara fungsi hati untuk dapat menahan berat badan yang semakin naik, nyeri kaki, varises, bengkak, melatih dan menguasai teknik pernapasan yang berperan penting dalam kehamilan dan proses persalinan, proses relaksasi dapat berlangsung lebih cepat dan kebutuhan O₂ terpenuhi, memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut dan otot-otot dasar panggul, membentuk sikap tubuh yang sempurna selama kehamilan, memperoleh relaksasi yang sempurna dengan latihan kontraksi dan relaksasi, mendukung ketenangan fisik (Walyani, 2015).

n. Seksualitas

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat seperti sering abortus dan kelahiran premature. Perdarahan pervaginam, coitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan. Koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intra uteri apabila ketuban sudah pecah.

Umumnya pada kehamilan trimester III minat dan libido untuk melakukan hubungan seksual biasanya menurun. Rasa nyaman sudah jauh berkurang. Pegal di punggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung), serta kembali merasa mual dan hal tersebutlah yang menyebabkan menurunnya minat seksual. Tetapi jika termasuk yang tidak mengalami penurunan libido pada trimester III itu adalah hal yang normal, apalagi jika termasuk yang menikmati masa kehamilan.

o. Istirahat dan tidur

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan, tapi boleh digunakan sebagai alasan untuk menghindari pekerjaan yang tidak disukainya. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil harus mempertimbangkan pola istirahat dan tidur yang mendukung kesehatan sendiri, maupun kesehatan bayinya. Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan-kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi hingga seminimal mungkin. Tidur malam \pm sekitar 8 jam, tidur siang \pm 1 jam (Walyani, 2015).

7. Ketidaknyamanan Dalam Kehamilan Trimeter III

Menurut Romauli (2011) ketidaknyamanan kehamilan trimester III ialah

a. Leukore (keputihan)

Leukore merupakan sekresi vagina dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau cair yang dimulai dari trimester I, sebagai bentuk dari hiperplasi mukosa vagina. Leukore dapat disebabkan oleh karena terjadinya peningkatan produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Hal lain yang di curigai sebagai penyebab terjadinya leukore adalah pengubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil *doderlein*.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi leukore adalah dengan : memperhatikan kebersihan tubuh pada area genital, membersihkan area genital dari arah depan ke arah belakang, mengganti celana dalam secara rutin.

b. Nocturia (sering berkemih)

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester I dimungkinkan karena terjadinya peningkatan berat pada rahim sehingga membuat istmus menjadi lunak (tanda hegar), hal ini menyebabkan posisi rahim menjadi antefleksi sehingga menekan kandung kemih secara langsung. Sedangkan peningkatan frekuensi berkemih pada trimester III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening terjadi. Lightening menyebabkan bagian pretensi (terendah) janin akan menurun kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

c. Kram kaki

Biasanya terjadi setelah kehamilan 24 minggu. Kram kaki biasanya terjadi karena kekurangan asupan kalsium, pembesaran uterus sehingga memberikan tekanan pada pembuluh darah pelvic, dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ketungkai bagian bawah. Cara meringankannya ialah dengan kurangi konsumsi susu (kandungan fosfor tinggi) dan cari yang *high calcium*, berlatih dorsifleksi pada kaki untuk meregangkan otot-otot yang terkena kram, dan gunakan penghangat otot.

d. Sakit kepala

Sering terjadi pada trimester II dan III, akibat kontraksi otot/spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala) serta kelelahan. Cara meringankannya ialah : teknik relaksasi, memassase leher dan otot bahu, penggunaan kompres air panas/es pada leher, istirahat, mandi air hangat.

8. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Walyani (2015) tanda bahaya kehamilan trimester III ialah :

a. Perdarahan

Perdarahan melalui jalan lahir pada kehamilan merupakan tanda bahaya yang dapat berakibat kematian ibu dan atau janin. Perdarahan pada kehamilan 7- 9 bulan, meskipun hanya sedikit, merupakan ancaman

bagi ibu dan janin. Ibu harus segera mendapat pertolongan di rumah sakit.

b. Keluar cairan per vaginam

Cairan pervaginam dalam kehamilan normal apabila tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban maupun leukhore yang patologis. Penyebab terbesar persalinan prematur adalah ketuban pecah sebelum waktunya. Insidensi ketuban pecah dini 10 % mendekati dari semua persalinan dan 4 % pada kehamilan kurang 34 mg. Penyebabnya ialah servik inkompeten, ketegangan rahim berlebihan (kehamilan ganda, hidramnion), kelainan bawaan dari selaput ketuban, dan infeksi.

c. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala pada kehamilan dapat menunjukkan suatu masalah serius apabila sakit kepala itu dirasakan menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat itu, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya kabur atau berbayang. Kondisi sakit kepala yang hebat dalam kehamilan dapat menjadi gejala dari preeklamsi. Tanyakan pada ibu, apakah ia mengalami oedema pada muka atau tangan atau gangguan visual, jika rasa sakit kepala disertai dengan penglihatan kabur atau berbayang. Selanjutnya lakukan pemeriksaan tekanan darah, protein urin, refleks dan oedema serta periksa suhu dan jika suhu tubuh tinggi, lakukan pemeriksaan darah untuk mengetahui adanya parasit malaria.

d. Penglihatan kabur

Wanita hamil mengeluh penglihatan yang kabur karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan.

Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menjadi suatu tanda pre-eklamsia. Deteksi dini yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pemeriksaan data lengkap, pemeriksaan tekanan darah, protein urin, refleks dan oedema.

e. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain, serta hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal, jantung atau pre-eklamsia.

Bengkak bisa menunjukkan masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung

atau pre-eklamsi. Deteksi dini yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pengumpulan data.

f. Gerak janin tidak terasa

Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke lima atau keenam, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakan akan melemah. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan atau minum dengan baik.

Gerakan janin berkurang bisa disebabkan oleh aktifitas ibu yang berlebihan sehingga gerak janin tidak dirasakan, gawat janin, perut tegang akibat kontraksi berlebihan ataupun kepala sudah masuk panggul pada kehamilan aterm. Gerakan bayi kurang dari 10 kali dalam periode 24 jam, merupakan salah satu tanda dan gejala kondisi berkurangnya gerakan janin yang perlu mendapatkan perhatian oleh bidan maupun ibu hamil itu sendiri.

g. Nyeri perut hebat

Nyeri abdomen berhubungan dengan proses persalinan normal. Nyeri abdomen yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat sangat berkemungkinan menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa ibu hamil dan janin yang dikandungannya. Nyeri hebat tersebut bisa berarti epindisitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantung empedu, uterus yang iritabel, abrupcio plasenta, ISK (infeksi saluran kencing) atau infeksi lain.

9. Konsep Antenatal Care Standar Pelayanan Antenatal (10 T)

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2013), menyatakan dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion).

b) Tentukan tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah atau tungkai bawah dan atau proteinuria).

c) Tentukan status gizi (ukur LILA) (T3)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

d) Tinggi fundus uteri (T4)

Standar pengukuran penggunaan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

Tabel 7 TFU Berdasarkan Umur Kehamilan

| UK (Minggu) | Fundus uteri (TFU) |
|-------------|--|
| 16 | Pertengahan pusat-simfisis |
| 20 | Dibawa pinggir pusat |
| 24 | Pinggir pusat atas |
| 28 | 3 jari atas pusat |
| 32 | $\frac{1}{2}$ pusat – <i>proc. Xiphoides</i> |
| 36 | 1 jari dibawa <i>proc. Xiphoides</i> |
| 40 | 3 jari dibawa <i>proc. Xiphoides</i> |

Sumber : (Nugroho, 2014).

e) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f) Skrining imunisasi Tetanus Toksoid (T6)

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus.

Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya. Ibu hamil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan

interval 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya TT2, bila telah mendapatkan dosis TT yang ketiga (interval minimal dari dosis kedua) maka statusnya TT3, status TT4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ketiga) dan status TT5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis keempat). Ibu hamil dengan status TT4 dapat diberikan sekali suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status TT5 tidak perlu disuntik TT karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup atau 25 tahun (Romauli, 2011).

Tabel 8 Selang waktu pemberian imunisasi Tetanus Toxoid

| Antigen | Interval (selang waktu minimal) | Lama Perlindungan |
|---------|------------------------------------|-----------------------|
| TT1 | Pada kunjungan antenatal pertama | - |
| TT2 | 4 minggu setelah TT1 | 3 tahun |
| TT3 | 6 bulan setelah TT2 | 5 tahun |
| TT4 | 1 tahun setelah TT3 | 10 tahun |
| TT5 | 1 tahun setelah TT4 | 25 Tahun/Seumur hidup |

Sumber : (Kementerian Kesehatan, 2014).

g) Tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan (T6)

Mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama yang diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat (Kemenkes RI, 2015).

h) Tes laboratorium (T7)

Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah dan pemeriksaan spesifik daerah endemis (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal yaitu : pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein dalam urin, pemeriksaan kadar gula darah, pemeriksaan darah malaria, pemeriksaan tes sifilis, pemeriksaan HIV(human immun), pemeriksaan BTA.

i) Tata laksana kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus

ditangani sesuai dengan standar kewenangan tenaga kesehatan. Kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j) Temu wicara termasuk P4K serta KB pasca salin (T10)

Dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi : kesehatan ibu yaitu setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat, perilaku hidup sehat dan bersih, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan nifas serta kesiapan, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes HIV (Human Immunodeficiency Virus) dan koseling di daerah Epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS (Infeksi Menular Seksual) dan Tuberkulosis di daerah Epidemi rendah, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca bersalin, imunisasi TT.

10. Kebijakan Kunjungan Antenatal Care Menurut Kemenkes

Menurut Depkes (2009), mengatakan kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal sebaiknya minimal 4 kali selama kehamilan yaitu minimal 1 kali pada trimester pertama (K1), minimal 1 kali pada trimester kedua, minimal 2 kali pada trimester ketiga (K4).

Kunjungan pertama dilakukan sebelum minggu ke 14 Pada Trimester I. Bidan memberikan asuhan pada kunjungan pertama, yakni membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan, mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa, dan mendorong perilaku yang sehat (nutrisi, kebersihan, istirahat).

Kunjungan kedua dilakukan sebelum minggu ke 28 Pada trimester II. Bidan memberikan asuhan sama dengan trimester I dan trimester II ditambah kewaspadaan, pantau tekanan darah, kaji oedema, periksa urine untuk protein urine.

Kunjungan ketiga antara minggu ke 28-36 pada trimester III. Bidan memberikan asuhan sama dengan trimester I dan trimester II ditambah palpasi abdomen untuk deteksi gemeli. Setelah 36 minggu, kunjungan keempat asuhan yang diberikan sama dengan TM I, II, III ditambah deteksi kelainan letak, kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit.

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Erawati, 2011).

Persalinan normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif sering dan kuat (Walyani, 2015).

2. Jenis-Jenis Persalinan

Menurut Sinsin (2013), jenis-jenis persalinan antara lain :

a. Persalinan per vaginam atau normal

Bayi keluar melalui vagina tanpa memakai alat atau pertolongan istimewa, serta tidak melukai ibu maupun bayi (kecuali episiotomi), berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam.

b. Persalinan dengan buatan

Bayi dikeluarkan melalui vagina dengan bantuan tindakan atau alat, atau dikeluarkan dari perut melalui operasi *caesar*.

c. Persalinan dengan vakum atau forsep

d. Persalinan dengan induksi

3. Sebab-sebab persalinan

Menurut Walyani (2015), sebab-sebab lainnya persalinan ialah :

a. Teori Penurunan Kadar Hormon Prostaglandin

Hormon prostaglandin merupakan hormon penting untuk mempertahankan kehamilan, yang fungsinya menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membran istirahat pada sel miometrium sehingga menstabilkan Ca membran dan kontraksi berkurang. Terjadi penurunan kadar progesterone pada akhir kehamilan yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion.

b. Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan *irritability* miometrium karena peningkatan konsentrasi actin-myocin dan adenosin tripofat (ATP). Estrogen juga memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium).

c. Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Braxton Hicks

Oksitosin merupakan hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, dan akan berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan tidak banyak dijumpai pada serviks uteri. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi

progesteron menyebabkan oksitosin meningkat sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Teori Keregangan (Distensi Rahim)

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta.

e. Teori Fetal Cortisol

Teori ini sebagai pemberi tanda untuk dimulainya persalinan akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen sehingga menyebabkan peningkatan produksi prostaglandin dan irritability miometrium. Cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

f. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus (tanpa batok kepala), sehingga terjadi kelambatan dalam persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin. Dan Glandula Suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.

g. Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terdapat ganglion servikale (fleksus frankenhauser) dan apabila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin maka akan menyebabkan kontraksi.

h. Teori Tekanan Serviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi.

4. Tahapan persalinan (Kala I, II, III dan IV)

a. Kala I

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan lendir bercampur darah, karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar *karnalis servikalis* karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (Setyorini, 2013).

Fase kala I terdiri atas fase *laten* : pembukaan 0 sampai 3 cm dengan lamanya sekitar 8 jam dan fase aktif, terbagi atas fase *akselerasi* :

pembukaan yang terjadi sekitar 2 jam, dari mulai pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, fase *dilatasi maksimal* : pembukaan berlangsung 2 jam, terjadi sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm, fase *deselerasi* : pembukaan terjadi sekitar 2 jam dari pembukaan 9 cm sampai pembukaan lengkap (Setyorini, 2013).

Fase tersebut pada primigravida berlangsung sekitar 13 jam, sedangkan pada multigravida sekitar 7 jam. Secara klinis dimulainya kala I persalinan ditandai adanya his serta pengeluaran darah bercampur lendir/*bloody show*. Lendir berasal dari lendir kanalis servikalis karena servik membuka dan mendatar, sedangkan darah berasal dari pembuluh darah kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis yang pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka (Setyorini, 2013).

Asuhan yang diberikan pada Kala I yaitu :

1) Penggunaan Partograf

Kegunaan partograf yaitu mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, mengidentifikasi secara dini adanya penyulit, membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu, partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi di semua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan (Setyorini, 2013).

Pencatatan Partograf seperti Kemajuan persalinan. Pembukaan servik dinilai pada saat melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf (X). Garis waspadris ya merupakan sebuah garis yang dimulai pada saat pembukaan servik 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam (Setyorini, 2013).

Penurunan Kepala Janin. Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus (Setyorini, 2013).

Kontraksi Uterus Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilai (Setyorini, 2013).

Keadaan janin: Denyut Jantung Janin (DJJ). Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 1 dan 100. Penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit (Setyorini, 2013).

Warna dan adanya Air Ketuban. Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambang-lambang seperti **U** (ketuban utuh atau belum pecah), **J** (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), **M** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), **D** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah) dan **K** (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering) (Setyorini, 2013).

Keadaan Ibu. Yang perlu diobservasi yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu, urin (volume,protein), obat-obatan atau cairan IV, catat banyaknya oxytocin pervolume cairan IV dalam hitungan tetes per menit bila dipakai dan catat semua obat tambahan yang diberikan (Setyorini, 2013).

Informasi tentang ibu : nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit tanda dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai dengan panah, suhu setiap 2 jam, urin, aseton, protein tiap 2- 4 jam (catat setiap kali berkemih) (Hidayat, 2010).

2) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan ciri pertanda dari kebidanan, artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta

dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Kebutuhan seorang wanita dalam persalinan yaitu asuhan tubuh atau fisik, kehadiran seorang pendamping, keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman (Setyorini, 2013).

3) Mengurangi Rasa Sakit

Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit saat persalinan adalah seseorang yang dapat mendukung persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, istirahat dan privasi, penjelasan mengenai proses, kemajuan dan prosedur (Setyorini, 2013).

4) Persiapan Persalinan

Perlu dipersiapkan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala 1, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan.

b. Kala II

Menurut Nurasiah Ai dkk, (2014) persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah: pembukaan serviks telah lengkap (10 cm), atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

Proses kala II berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Kondisi yang normal pada kala II kepala janin sudah masuk dalam dasar panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa mencedas. Wanita merasa adanya tekanan pada rektum dan seperti akan buang air besar kemudian perineum mulai menonjol dan melebar dengan membukanya anus (Nurasiah Ai dkk, 2014).

Posisi meneran, bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenta tetap baik. Posisi meneran dalam persalinan yaitu posisi miring, posisi jongkok, posisi merangkak, posisi semi duduk dan posisi duduk (Setyorini, 2013).

Persiapan penolong persalinan yaitu sarung tangan, perlengkapan pelindung pribadi, persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan, persiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi, serta persiapan ibu dan keluarga (Setyorini, 2013).

c. Kala III

Menurut Hidayat (2010) dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan placenta dari dindingnya. Biasanya placenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta terjadi disertai dengan pengeluaran darah. Tanda pelepasan plasenta adalah uterus menjadi bundar, darah keluar secara tiba-tiba, tali pusat semakin panjang. Manajemen aktif kala III memberikan Oksitosin 10 IU, jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin, lakukan PTT (Penegangan Tali Pusat Terkendali), masase fundus (Hidayat, 2010).

d. Kala IV

Menurut Hidayat (2010) Pemantauan kala IV ditetapkan sebagai waktu 2 jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum).

Sebelum meninggalkan ibu post partum harus diperhatikan tujuh pokok penting yaitu kontraksi uterus baik, tidak ada perdarahan pervaginam atau perdarahan lain pada alat genital lainnya, plasenta dan selaput ketuban telah dilahirkan lengkap, kandung kemih harus kosong, luka pada perinium telah dirawat dengan baik, dan tidak ada hematoma, bayi dalam keadaan baik, ibu dalam keadaan baik, nadi dan tekanan darah dalam keadaan baik (Hidayat, 2010)

4. Tanda-tanda persalinan

a. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat antara lain pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan, sifatnya teratur intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar, kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus dan makin beraktivitas serta kekuatan makin bertambah (Nurasiah Ai dkk, 2014).

b. *Bloody show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Terjadi perubahan pada serviks dengan his permulaan yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit (Nurasiah Ai dkk, 2014).

c. Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil (Nurasiah Ai dkk, 2014).

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

a) Faktor passage (jalan lahir)

1) Pengertian *passage*

Passage atau jalan lahir terdiri bagian keras (Tulang-tulang panggul dan sendi-sendinya) dan bagian lunak (otot-otot atau jaringan, dan ligament) tulang-tulang panggul meliputi 2 tulang pangkalan paha (*Ossa coxae*), 1 tulang kelangkang (*ossa sacrum*), dan 1 tulang tungging (*ossa coccygis*) (Walyani,2015).

2) Bidang hodge

Menurut Walyani(2015), bidang hodge antara lain sebagai berikut :

Tabel 9 Bidang Hodge

| | | |
|-----------------|---|--|
| <i>Hodge I</i> | : | dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan <i>promontorium</i> . |
| <i>Hodge II</i> | : | sejajar dengan <i>hodge I</i> setinggi pinggir bawah symphysis. |

Tabel 9 Bidang Hodge

| | | |
|------------------|---|---|
| <i>Hodge III</i> | : | sejajar <i>hodge I</i> dan <i>II</i> setinggi <i>spina ischiadica</i> kanan dan kiri. |
| <i>Hodge IV</i> | : | sejajar <i>hodge I, II, III</i> setinggi <i>coccygis</i> . |

Sumber : (Walyani,2015).

b) Faktor power

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament dengan kerja sama yang baik dan sempurna (Walyani,2015).

1) His (kontraksi otot uterus)

His adalah kontraksi otot-otot polos rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu kontraksi simetris, fundus dominan, relaksasi, pada setiap his dapat menimbulkan perubahan yaitu serviks menipis dan membuka. Frekuensi his jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per menit atau persepuluh menit. Intensitas his kekuatan his diukur dalam mmHg. Intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Aktifitas uterus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan-jalan sewaktu persalinan masih dini. Durasi atau lama his lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, dengan durasi 40 detik atau lebih. Interval jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya

his datang tiap 2 sampai 3 menit. Aktivitas his Frekuensi x amplitudo diukur dengan unit *Montevideo*(Walyani,2015).

Pembagian his dan sifat-sifatnyayaitu his pendahuluan adalah his tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan *bloody show*, his pembukaan ialah his yang terjadi sampai pembukaan serviks 10 cm, mulai kuat, teratur, terasa sakit atau nyeri, his pengeluaran sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama merupakan his untuk mengeluarkan janin, his pelepasan uri (kala III)ialah kontraksi sedang untuk melepas dan melahirkan plasenta, his pengiringialah kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Walyani,2015).

c) Faktor passanger

1) Janin

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan (Laliyana, 2011).

2) Plasenta

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang atau pasenger yang menyertai janin namun placenta jarang menghambat pada persalinan normal (Laliyana, 2011).

3) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regang membran janin dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah ruptura atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan. Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga disaat terjadinya dilatasi servik atau pelebaran muara dan saluran servik yang terjadi di awal persalinan dapat juga terjadi karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh (Laliyana, 2011).

d) Faktor psikis

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bias melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “ keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata. Psikologis tersebut meliputi : kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan

adat,dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu (Laliyana, 2011).

e) Faktor penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Laliyana, 2011).

7. Perubahan dan adaptasi fisiologis psikologis pada ibu bersalin

a. Adaptasi fisiologis persalinan kala I

1) Perubahan Uterus

Kontraksi uterus terjadi karna adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormone progesterone yang menyebabkan keluarnya hormone oksitosin. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar estrogen dan progesteron menurun kira-kira satu sampai dua minggu sebelum partus dimulai sehingga menimbulkan uterus berkontraksi. Kontraksi uterus mula-mula jarang dan tidak teratur dengan intensitasnya ringan. Kemudian menjadi lebih sering, lebih lama dan intensitasnya semakin kuat seiring (Walyani,2015).

2) Perubahan Serviks

Pembukaan serviks disebabkan oleh karena membesarnya OUE karena otot yang melingkar di sekitar ostium meregangkan untuk dapat dilewati kepala. Primigravida dimulai dari ostium uteri internum terbuka lebih dahulu sedangkan ostium eksternal membuka pada saat persalinan terjadi. Pada multigravida ostium uteri internum eksternum membuka secara bersama-sama pada saat persalinan terjadi (Walyani,2015).

3) Perubahan Kardiovaskuler

Pada persalinan kala I curah jantung meningkat 20% dan lebih besar pada kala II, 50% paling umum terjadi saat kontraksi disebabkan adanya usaha ekspulsi (Walyani,2015).

4) Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg diantara kontraksi- kontraksi uterus. Seorang ibu dalam keadaan yang sangat takut atau khawatir, rasa takutnya yang menyebabkan kenaikan tekanan darah. dalam hal ini perlu dilakukan pemeriksaan lainnya untuk mengesampingkan preeklamsia (Walyani, 2015).

5) Perubahan Nadi

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan hal yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi infeksi (Walyani, 2015).

6) Perubahan Suhu

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C. Pemantauan parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban pecah atau belum, karena hal ini merupakan tanda infeksi (Walyani, 2015).

7) Perubahan Pernafasan

Kenaikan pernafasan dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekwatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar. Tindakan untuk mengendalikan pernapasan (untuk menghindari hiperventilasi) yang ditandai oleh adanya perasaan pusing. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia dan hipokapnea (karbondioksida menurun), pada tahap kedua persalinan (Walyani,2015).

8) Perubahan Metabolisme

Perubahan metabolisme disebabkan oleh karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, kardiak output dan kehilangan cairan (Walyani,2015).

9) Perubahan Ginjal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh cardiac output, serta disebabkan karena, filtrasi glomerulus serta aliran plasma dan renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang, yang mempunyai efek mengurangi urin selama kehamilan. Kandung kemih harus dikontrol setiap 2 jam yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urin setelah melahirkan (Walyani,2015).

10) Perubahan Gastrointestinal

Makanan yang diingesti selama periode menjelang persalinan atau fase prodormal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan (Walyani,2015).

11) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca

partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih selama progresif meningkat selama kala I persalinan sebesar kurang lebih 5000 hingga jumlah rata-rata 15000 pada saat pembukaan lengkap, tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini (Walyani,2015).

b. Perubahan Fisiologi pada Ibu Bersalin Kala II

1) Kontraksi

Dimana kontraksi ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoxia dari sel-sel otot tekanan pada ganglia dalam serviks dan segmen bawah rahim, regangan dari serviks, regangan dan tarikan pada peritoneum, itu semua terjadi pada saat kontraksi. Adapun kontraksi yang bersifat berkala dan yang harus diperhatikan adalah lamanya kontraksi berlangsung 60-90 detik, kekuatan kontraksi, kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim kedalam, interval antara kedua kontraksi pada kala pengeluaran sekali dalam dua menit (Walyani,2015).

2) Pergeseran organ dalam panggul

Segmen atas rahim berkontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar sedangkan segmen bawah rahim dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi sehingga menjadi saluran yang tipis dan teregang sehingga dapat dilalui bayi (Walyani,2015).

3) Ekspulsi janin.

Presentasi yang sering kita jumpai adalah presentasi belakang kepala, dimana presentasi ini masuk dalam PAP dengan sutura sagitalis melintang. Karena bentuk panggul mempunyai ukuran tertentu sedangkan ukuran-ukuran kepala anak hampir sama besarnya dengan ukuran-ukuran dalam panggul maka kepala harus menyesuaikan diri dengan bentuk panggul mulai dari PAP ke bidang tengah panggul dan pada pintu bawah panggul supaya anak bisa lahir (Walyani,2015).

c. Perubahan Fisiologi pada Ibu Bersalin Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Proses ini merupakan kelanjutan dari proses persalinan sebelumnya. Selama kala III proses pemisahan dan keluarnya plasenta serta membran terjadi akibat faktor-faktor mekanis dan hemostasis yang saling mempengaruhi. Waktu pada saat plasenta dan selaputnya benar-

benar terlepas dari dinding uterus dapat bervariasi. Rata-rata kala III berkisar antara 15 sampai 30 menit, baik pada primipara maupun multipara (Walyani,2015).

Kala III merupakan periode waktu terjadi penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi, penyusutan ukuran ini merupakan berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta. Tempat perlengketan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun kebagian bawah uterus atau ke dalam vagina (Walyani,2015).

d. Perubahan Fisiologi pada Ibu Bersalin Kala IV

Kala IV persalinan dimulai dengan lahirnya plasenta dan berakhir satu jam kemudian. Kala IV pasien belum boleh dipindahkan ke kamarnya dan tidak boleh ditinggalkan oleh bidan karena ibu masih butuh pengawasan yang intensif disebabkan perdarahan atonia uteri masih mengancam sebagai tambahan, tanda-tanda vital manifestasi psikologi lainnya dievaluasi sebagai indikator pemulihan dan stress persalinan (Walyani,2015).

1) Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan ditengah-tengah abdomen kurang lebih $\frac{2}{3}$ - $\frac{3}{4}$ antara simfisis pubis dan umbilicus. Apabila uterus ditemukan ditengah, diatas simfisis, maka hal ini menandakan adanya darah di kavum uteri dan butuh untuk ditekan dan dikeluarkan (Walyani, 2015).

2) Serviks, vagina dan perineum

Setelah lahir serviks bersifat patulous, terkulai dan tebal. Tepi anterior selama persalinan atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selama periode yang panjang, tercermin pada peningkatan edema dan memar pada area tersebut. Perineum yang menjadi kendur dan tonus vagina juga tampil jaringan, dipengaruhi oleh peregangan yang terjadi selama kala II persalinan. Segera setelah bayi lahir tangan bisa masuk, tetapi setelah 2 jam introitus vagina hanya bisa dimasuki 2 atau 3 jari (Walyani,2015).

3) Tanda vital

Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini merupakan satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Sedangkan suhu tubuh ibu meningkat, tetapi biasanya dibawah 38°C, namun jika intake cairan baik, suhu tubuh dapat kembali normal dalam 2 jam pasca partum (Walyani,2015).

4) Sistem gastrointestinal

Rasa mual dan muntah selama masa persalinan akan menghilang. Pertama ibu akan merasa haus dan lapar, hal ini disebabkan karena proses persalinan yang mengeluarkan atau memerlukan banyak energi (Walyani,2015).

e. Perubahan dan Adaptasi Psikologis

Wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran apa yang akan terjadi pada fase laten. Secara umum ibu tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi keadaan tersebut dengan baik. Wanita yang telah banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan pada persalinan palsu, respon emosionalnya pada fase laten persalinan kadang-kadang dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan coping tanpa memperhatikan tempat persalinan (Walyani,2015).

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

1. Pengertian

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Wahyuni, 2012).

Bayi yang baru lahir atau keluar dari rahim seorang ibu melalui jalan lahir atau melalui tindakan medis dalam kurun waktu 0 sampai 28 hari (Padila, 2014).

2. Ciri-ciri BBL normal

Menurut Wahyuni (2012), ciri-ciri bayi baru lahir normal ialah berat badan lahir 2500-4000 gram, panjang badan lahir 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 160x/menit, kemudian menurun sampai 120-140x/menit, pernafasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80x/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi vernix caseosa, rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku telah agak panjang dan lemas, genitalia : labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki-laki), reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, reflek moro sudah baik,

bayi bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk, graff reflek sudah baik, apabila diletakan sesuatu benda di atas telapak tangan, bayi akan menggenggam/adanya gerakan reflek, eliminasi baik, urin dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

3. Fisiologi / Adaptasi pada BBL

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus ke kehidupan di luar. Bayi baru lahir harus beradaptasi dari yang bergantung terhadap ibunya kemudian menyesuaikan dengan dunia luar, bayi harus mendapatkan oksigen dari bernafas sendiri, mendapatkan nutrisi peroral untuk mempertahankan kadar gula, mengatur suhu tubuh, melawan setiap penyakit atau infeksi, dimana fungsi ini sebelumnya dilakukan oleh plasenta (Wahyuni, 2012).

a. Adaptasi Fisik

1) Perubahan pada Sistem Pernapasan

Bayi cukup bulan, mempunyai cairan didalam paru-paru dimana selama lahir 1/3 cairan ini diperas dari paru-paru, jika proses persalinan melalui section cesaria maka kehilangan keuntungan kompresi dada ini tidak terjadi maka dapat mengakibatkan paru-paru basah (Rukiyah, 2012). Beberapa tarikan nafas pertama menyebabkan udara memenuhi ruangan trakhea untuk bronkus bayi baru lahir, paru-paru akan berkembang terisi udara sesuai dengan perjalanan waktu (Wahyuni, 2012).

Dua faktor yang berperan pada rangsangan napas pertama bayi adalah : hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim, yang merangsang pusat pernapasan di otak dan tekanan terhadap rongga dada, yang terjadi karena kompresi paru-paru selama persalinan, merangsang masuknya udara paru-paru secara mekanis. Interaksi antara sistem pernapasan, kardiovaskuler, dan susunan saraf pusat menimbulkan pernapasan yang teratur dan berkesinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan (Wahyuni, 2012).

2) Upaya Pernapasan Bayi Pertama

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulus oleh sensor kimia dan suhu akhirnya bayi memulai aktivasi napas untuk yang pertama kali (Wahyuni, 2012).

3) Perubahan pada Sistem Kardiovaskuler

Aliran darah dari plasenta berhenti saat tali pusat diklem dan karena tali pusat diklem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri (Wahyuni, 2012).

Efek yang terjadi segera setelah tali pusat diklem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan napas pertama terjadi secara bersamaan. Oksigen dari napas pertama tersebut menyebabkan sistem pembuluh darah berelaksasi dan terbuka sehingga paru-paru menjadi sistem bertekanan rendah. Ketika janin dilahirkan segera bayi menghirup udara dan menangis kuat dan paru-paru berkembang. Tekanan paru-paru mengecil dan darah mengalir ke paru-paru (Rukiyah, 2012).

4) Perubahan pada Sistem Termoregulasi

Tiga faktor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi adalah luasnya perubahan tubuh bayi, pusat pengaturan suhu tubuh yang belum berfungsi secara sempurna, tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas (Rukiyah, 2012).

Suhu tubuh normal pada neonatus adalah $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ melalui pengukuran di aksila dan rektum, jika suhu kurang dari $36,5^{\circ}\text{C}$ maka bayi disebut mengalami hipotermia. Mekanisme kehilangan panas tubuh dari bayi baru lahir:

a. Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda disekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contohnya : menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir (Rukiyah, 2012).

b. Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara). Contoh : membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruangan yang terpasang kipas angin (Rukiyah, 2012).

c. Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara dua objek yang mempunyai suhu yang berbeda. Contoh : bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan dengan air conditioner (AC) tanpa diberikan pemanas (radiant warmer), bayi baru lahir dibiarkan

dalam keadaan telanjang, bayi baru lahir ditidurkan berdekatan dengan ruangan yang dingin, misalnya dekat tembok (Rukiyah, 2012).

d. Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara, aliran udara yang melewati (Rukiyah, 2012).

5) Perubahan pada Sistem Renal

Pada neonatus fungsi ginjal belum sempurna, hal ini karena : jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa tidak seimbang antara luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal aliran darah ginjal (*renal blood flow*) pada neonatus relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa (Rukiyah, 2012).

Bayi baru lahir cukup bulan memiliki beberapa defisit struktural dan fungsional pada sistem ginjal. ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urin pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu 30-60 ml (Rukiyah, 2012).

6) Perubahan pada Sistem Gastrointestinal

Sebelum janin cukup bulan akan menghisap dan menelan. Refleks gumoh dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir, kemampuan ini masih cukup selain mencerna ASI, hubungan antara esophagus bawah dan lambung masih belum sempurna maka akan menyebabkan gumoh pada bayi baru lahir, Kapasitas lambung sangat terbatas kurang dari 30 cc, dan akan bertambah lambat sesuai pertumbuhannya (Rukiyah, 2012).

7) Perubahan pada Sistem Hepar

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan lemak dan glikogen. Sel-sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna (Rukiyah, 2012).

8) Perubahan pada Sistem Imunitas

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah dan meminimalkan infeksi (Rukiyah, 2012).

9) Perubahan pada Sistem Integumen

Lailiyana, dkk (2012) menjelaskan bahwa semua struktur kulit bayi sudah terbentuk saat lahir, tetapi masih belum matang. Epidermis dan dermis tidak terikat dengan baik dan sangat tipis. Verniks kaseosa juga berfungsi dengan epidermis dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan mudah mengalami kerusakan. Bayi cukup bulan mempunyai kulit kemerahan (merah daging) beberapa setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal. Kulit sering terlihat berbecak, terutama didaerah sekitar ekstremitas. Tangan dan kaki terlihat sedikit sianotik.

10) Perubahan pada Sistem Reproduksi

Lailiyana, dkk (2012) menjelaskan sistem reproduksi pada perempuan saat lahir, ovarium bayi berisi beribu-ribu sel germinal primitif. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap ova yang matur karena tidak terbentuk oogonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Korteks ovarium yang terutama terdiri dari folikel primordial, membentuk bagian ovarium yang lebih tebal pada bayi baru lahir dari pada orang dewasa. Jumlah ovum berkurang sekitar 90% sejak bayi lahir sampai dewasa. Testis turun ke dalam skrotum sekitar 90% pada bayi baru lahir laki-laki. Spermatogenesis tidak terjadi sampai pubertas. Prepusium yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup prepusium dan tidak dapat ditarik kebelakang selama 3 sampai 4 tahun. Sebagai respon terhadap estrogen ibu ukuran genetalia eksternal bayi baru lahir cukup bulan dapat meningkat, begitu juga pigmentasinya. Terdapat rugae yang melapisi kantong skrotum. Hidrokel (penimbunan cairan disekitar testis) sering terjadi dan biasanya mengecil tanpa pengobatan (Lailiyana, dkk, 2012).

11) Perubahan pada Sistem Skeletal

Lailiyana, dkk (2012) menjelaskan pada bayi baru lahir arah pertumbuhan sefalokaudal pada pertumbuhan tubuh terjadi secara keseluruhan. Kepala bayi cukup bulan berukuran seperempat panjang tubuh. Lengan sedikit lebih panjang daripada tungkai. Wajah relatif kecil terhadap ukuran tengkorak yang jika dibandingkan lebih besar dan berat. Ukuran dan bentuk kranium dapat mengalami distorsi akibat molase (pembentukan kepala janin akibat tumpang tindih tulang-tulang kepala). Dua kurvatura pada kolumna vertebralis, yaitu toraks dan sakrum. Bayi mulai dapat mengendalikan kepalanya, kurvatura lain terbentuk di daerah servikal.

Lutut saling berjauhan saat kaki diluruskan dan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat agak melengkung pada bayi baru lahir. Tidak terlihat lengkungan pada telapak kaki. Ekstremitas harus simetris. Harus terdapat kuku jari tangan dan jari kaki. Garis-garis telapak tangan sudah terlihat. Terlihat juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan (Lailiyana, dkk, 2012).

12) Perubahan pada Sistem Neuromuskuler

Sistem neurologis bayi secara anatomik dan fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas pada perkembangan neonatus terjadi cepat; sewaktu bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya, kontrol kepala, senyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. Beberapa refleks pada bayi diantaranya : refleks glabella : ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama (Rukiyah, 2012).

Refleks hisap : Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Bisa dilihat saat bayi menyusu (Rukiyah, 2012).

Refleks mencari (rooting) : bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Misalnya: mengusap pipi bayi dengan lembut: bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya (Rukiyah, 2012).

Refleks genggam (*palmar grasp*) : letakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan : bayi mengepalkan (Rukiyah, 2012).

Refleks babinski : gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Rukiyah, 2012).

Refleks moro : timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan (Rukiyah, 2012).

Refleks ekstrusi : bayi menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau putting (Rukiyah, 2012).

Refleks Tonik Leher “Fencing” : ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditlehkan ke satu sisi selagi istirahat (Rukiyah, 2012).

b. Adaptasi Psikologi

Masa transisi adalah masa ketika bayi menstabilkan dan menyesuaikan diri dengan kemandirian ekstrauteri. Periode transisi bayi baru lahir : perilaku dan temuan pada bayi baru lahir serta dukungan bidan (Kriebs, 2009).

Periode reaktivitas pertama dari lahir hingga 30 menit pertama kehidupan. Perilaku/ temuan: frekuensi jantung cepat, terlihat denyutan tali pusat, warna menunjukkan sianosis sementara atau akrosianosis, pernapasan ceat di batas atas rentang normal, ronki harus hilang dalam 20 menit, mungkin menunjukkan pernapasan cuping hidung disertai bunyi dengkur dan retraksi dinding dada, lendir biasanya akibat cairan paru yang tertahan, lendir encer, jernih, kadang terdapat gelembung-gelembung kecil, mata membuka, bayi menunjukkan perilaku siaga, mungkin menangis, terkejut, atau mencari puting susu, seringkali mengeluarkan feses sesaat setelah lahir, bising usus biasanya timbul dalam 30 menit, bayi memfokuskan pandangannya pada ibu atau ayahnya ketika mereka berada pada lapang pandang yang tepat, kebanyakan akan menyusu pada periode ini (Kriebs, 2009).

Periode tidur yang tidak berespon usia 30 menit hingga 2 jam. Perilaku atau temuan: Frekuensi jantung menurun hingga kurang dari 140 denyut per menit pada periode ini. Terdengar murmur, indikasi bahwa duktus arteriosus belum sepenuhnya menutup (temuan normal), frekuensi pernapasan menjadi lebih lambat dan tenang, tidur dalam, bising usus terdengar, namun kurang (Kriebs, 2009).

Periode reaktivitas kedua 2 hingga 6 jam kehidupan. Perilaku atau temuan: Frekuensi jantung stabil, warna cepat berubah karena pengaruh stimulus lingkungan, frekuensi pernapasan bervariasi, karena aktivitas, harus <60 kali per menit tanpa disertai ronki, mungkin berminat untuk menyusu, mungkin bereaksi terhadap makanan pertama dengan meludahkan susu bercampur lender (Kriebs, 2009).

4. Tahapan Bayi Baru Lahir

Menurut Dewi (2010) tahapan-tahapan pada bayi baru lahir diantaranya: tahap I terjadi setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Sistem *scoring apgar* untuk fisik digunakan pada tahap ini. Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku. Tahap III

disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

Tabel 10 APGAR Skor

| Tanda | Nilai: 0 | Nilai: 1 | Nilai: 2 |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| <i>Appearance</i> (warna kulit) | Pucat/biru seluruh tubuh | Tubuh merah, ekstremitas biru | Seluruh tubuh kemerahan |
| <i>Pulse</i> (denyut jantung) | Tidak ada | <100 | >100 |
| <i>Grimace</i> (tonus otot) | Tidak ada | Ekstremitas sedikit fleksi | Gerakan aktif |

| Tanda | Nilai: 0 | Nilai: 1 | Nilai: 2 |
|------------------------------------|-----------|---------------------|-------------------|
| <i>Activity</i> (aktivitas) | Tidak ada | Sedikit gerak | Langsung menangis |
| <i>Respiration</i> (pernapasan) | Tidak ada | Lemah/tidak teratur | Menangis |

Sumber : (Dewi, 2013)

5. Penilaian Awal Pada Bayi Baru Lahir

Lailiyana dkk (2012) menyebutkan penilaian awal yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut: aterm (cukup bulan) atau tidak, menangis kuat atau bernapas tanpa kesulitan, warna kulit bayi (merah muda, pucat, atau kebiruan), gerakan, posisi ekstremitas, atau tonus otot bayi.

6. Pelayanan Essensial Pada Bayi baru Lahir

a) Jaga Bayi Tetap Hangat

Menurut Asri dan Clervo (2012), cara menjaga agar bayi tetap hangat sebagai berikut : mengeringkan bayi seluruhnya dengan selimut atau handuk hangat, membungkus bayi, terutama bagian kepala dengan selimut hangat dan kering, mengganti semua handuk/selimut basah, bayi tetap terbungkus sewaktu ditimbang, buka pembungkus bayi hanya pada daerah yang diperlukan saja untuk melakukan suatu prosedur, dan membungkusnya kembali dengan handuk dan selimut segera setelah prosedur selesai, menyediakan lingkungan yang hangat dan kering bagi bayi tersebut, atur suhu ruangan atas kebutuhan bayi, untuk memperoleh

lingkungan yang lebih hangat, memberikan bayi pada ibunya secepat mungkin, meletakkan bayi diatas perut ibu, sambil menyelimuti keduanya dengan selimut kering, tidak mandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir.

b) Pembebasan Jalan Napas

Menurut Asri dan Sujiyatini (2010), perawatan optimal jalan napas pada BBL sebagai berikut membersihkan lendir darah dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kasa, menjaga bayi tetap hangat, menggosok punggung bayi secara lembut, mengatur posisi bayi dengan benar yaitu letakkan bayi dalam posisi terlentang dengan leher sedikit ekstensi di perut ibu.

c) Perawatan Tali Pusat

Menurut Asri dan Sujiyatini (2010), beberapa perawatan tali pusat sebagai berikut : cuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat, jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apaun ke puntung tali pusat, mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembap, berikan nasihat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi: lipat popok di bawah puntung tali pusat, luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri, jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih, perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak ananah atau berbau. Nasihat ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan jika terdapat tanda infeksi.

d) Inisiasi Menyusui Dini

Menurut Asri dan Sujiyatini (2010) dituliskan prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Langkah IMD dalam asuhan bayi baru lahir yaitu lahirkan, lakukan penilaian pada bayi, keringkan, lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam, biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusui.

e) Pemberian Salep Mata

Menurut Asri dan Sujiyatini (2010), salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi setelah menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep mata antibiotik tetrasiklin 1%.

f) Pemberian Vitamin K

Menurut Asri dan Sujiyatini (2010), untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir diberikan

suntikan Vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada antero lateral paha kiri.

g) Pemberian Imunisasi Hb 0

Menurut Asri dan Sujiyatini (2010), imunisasi Hepatitis B pertama (HB0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskuler. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi umur 0-7 hari karena : sebagian ibu hamil merupakan *carrier* Hepatitis B, hampir separuh bayi dapat tertular Hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus, penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi Hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer, imunisasi Hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan Hepatitis B. Berikut ini adalah jadwal imunisasi yang harus diberikan kepada neonatus/ bayi muda.

Tabel 11 Jadwal Imunisasi Pada Neonatus/Bayi Muda

| Umur | Jenis Imunisasi | |
|----------|----------------------|-------------------------------------|
| | Lahir Di Rumah | Lahir Di Sarana Pelayanan Kesehatan |
| 0-7 hari | HB-0 | HB-0, BCG, Polio 1 |
| 1 bulan | BCG dan Polio 1 | - |
| 2 bulan | DPT-HB 1 dan Polio 2 | DPT-HB 1 dan Polio 2 |

7. Waktu Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu pertama pada 6 jam-48 jam setelah lahir, kedua pada hari ke 3-7 setelah lahir, ketiga pada hari ke 8-28 setelah lahir. Dan pelayanan yang diberikan yaitu: berat badan, panjang badan, menanyakan pada ibu, bayi sakit apa, memeriksa kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri, frekuensi nafas/menit, suhu, frekuensi denyut jantung (kali/menit), memeriksa adanya diare, memeriksa ikterus/bayi kuning, memeriksa kemungkinan berat badan rendah, memeriksa status pemberian vitamin k1, memeriksa status imunisasi hb-0, memeriksa masalah/keluhan ibu (Asri Dwi dan Christine Clervo 2010).

8. Kunjungan Neonatal (Kementerian Kesehatan RI, 2015)

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu :

a) Kunjungan Neonatal Hari pertama (KN 1) 6 jam-48 jam

Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilakukan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (>24 jam),

untuk bayi yang lahir di rumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam maka pelayanan dilaksanakan pada 6-24 jam setelah lahir.

Hal-hal yang dilaksanakan adalah : jaga kehangatan bayi, berikan ASI eksklusif, cegah infeksi, rawat tali pusat.

b) Kunjungan Neonatal Hari ke 2 (KN 2) 3-7 hari untuk : jaga kehangatan bayi, berikan asi eksklusif, cegah infeksi, rawat tali pusat

c) Kunjungan Neonatal Hari ke 3 (KN 3) 8-28 hari untuk : periksa ada/tidaknya tanda bahaya dan atau gejala sakit, jaga kehangatan bayi,

berikan asi eksklusif, cegah infeksi, rawat tali pusat.

D. Konsep Dasar Masa Nifas

1. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu) (Rini & Kumala, 2017).

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Pitriani & Andriyani, 2014).

2. Tujuan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas normal dibagi 2, yaitu tujuan umum untuk membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak dan tujuan khusus adalah untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologisnya, melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri, nutrisi, menyusui, pemberian imunisasi, perawatan bayi sehat, dan memberikan pelayanan keluarga berencana (Walyani & Purwoastuti, 2017).

3. Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Nifas

Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan *puerperium* seperti memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas, sebagai promotor hubungan antara ibu, bayi dan keluarga, mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman, membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan dengan ibu dan anak, mampu melakukan kegiatan administrasi, mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan, memberikan konseling untuk ibu dan keluarga mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, melakukan manajemen asuhan dengan mengumpulkan data, menetapkan diagnose dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas, memberikan asuhan secara professional (Walyani & Purwoastuti, 2017).

4. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi dalam tiga periode, yaitu : *pueperimum dini* adalah ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, *puerperimum intermediate* yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia dan *remote puerperium* adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun (Walyani & Purwoastuti, 2017).

5. Program Masa Nifas

Paling sedikit 4 kali kunjungan pada masa nifas dilakukan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi, serta untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu maupun bayinya.

Tabel 12 Kunjungan Masa Nifas

| Kunjungan | Waktu | Asuhan |
|-----------|----------------------------|--|
| 1 | 6-8 Jam setelah persalinan | <ol style="list-style-type: none">1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri4. Pemberian ASI awal5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi yang baru lahir6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. |

| | | |
|---|---------------------------|--|
| 2 | 6 hari setelah persalinan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, menjaga bayi tetap hangat. |
|---|---------------------------|--|

| Kunjungan | Waktu | Asuhan |
|-----------|-----------------------------|---|
| 3 | 2 minggu setelah persalinan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, menjaga bayi tetap hangat. |
| 4 | 6 minggu setelah persalinan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan kepada ibu tentang kesulitan yang dialami atau bayinya . 2. Memberikan konseling untuk KB secara dini. |

Sumber:(Walyani & Purwoastuti, 2017)

6. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Masa Nifas

Perubahan-perubahan yang terjadi yaitu :

a. System Kardiovaskular

Denyut jantung, volume darah dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula (Walyani & Purwoastuti, 2017).

Kehilangan darah mengakibatkan perubahan volume darah tetapi hanya terbatas pada volume darah total. Perubahan cairan tubuh normal mengakibatkan suatu penurunan yang lambat pada volume darah. Dalam 2-3 minggu setelah persalinan, volume darah seringkali akan menurun sampai pada nilai sebelum kehamilan (Walyani & Purwoastuti, 2017).

Cardiac output tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam *postpartum*, ini umumnya diikuti dengan peningkatan stroke volume akibat dari peningkatan venous output, bradycardi terlihat selama waktu ini. *Cardiac output* akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil dalam 2-3 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2017).

Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 300-400 cc, sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesar menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi cenderung naik dan pada persalinan *sectio sesaria*, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (Yanti dan Sundawati, 2011).

Menurut Maritalia (2014) Estimasi visual jumlah kehilangan darah yaitu dengan menggunakan:

- a) Satu pembalut standar dapat menampung 100 ml darah
- b) Tumpahan darah di lantai: tumpahan darah dengan diameter 50 Cm, 75 Cm, 100 Cm secara berurutan mewakili kurang darah 500 ml, 1000 ml, dan 1.500 ml
- c) *Nierbeken* atau ginjal hidangan mampu menampung 500 ml darah

- d) *Underpad* : dengan ukuran 75 Cm × 57 Cm, mampu menyerap 250 ml darah
- e) Kasa standar ukuran 10 Cm × 10 Cm, mampu menyerap 60 ml darah sedangkan kasa ukuran 45 Cm × 45 Cm, mampu menyerap 350 ml darah.

b. System Haematologi

Eukosit yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa *postpartum*. Jumlah sel darah putih tersebut bisa naik lagi sampai 25.000 atau 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Jumlah haemoglobin, hematokrit dan erytrosyt akan sangat bervariasi pada awal-awal masa *postpartum* sebagai akibat dari volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Kira-kira selama kelahiran dan masa *postpartum* terjadi kehilangan darah sekitar 200-500ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematogrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 *postpartum* dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu *postpartum* (Ambarwati ER, 2010).

c. System Reproduksi

Alat genitalia baik internal maupun eksternal kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi. Bidan dapat membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan-perubahan seperti :

1) Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus terdiri dari iskemia miometrium, atrofi jaringan, autolisis dan efek oksitosin (Nugroho dkk, 2014).

Tabel 13 Perubahan normal pada uterus selama masa nifas

| Involusi uterus | Tinggi Fundus Uterus | Berat Uterus |
|--------------------|--------------------------------|--------------|
| Plasenta lahir | Setinggi pusat | 1000 gram |
| 7 hari (1 minggu) | Pertengahan pusat dan simpisis | 500 gram |
| 14 hari (2 minggu) | Tidak teraba | 350 gram |
| 6 minggu | Tidak teraba | |

Sumber: Nugroho dkk, 2011

2) Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir masa nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali (Nugroho dkk, 2014).

Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka (Nugroho dkk, 2014).

3) Rasa nyeri atau mules- mules (After pains)

Disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perasaan mules ini lebih terasa bila sedang menyusui. Perasaan sakit pun timbul bila masih terdapat sisa-sisa selaput ketuban, sisa-sisa plasenta atau gumpalan darah di dalam kavum uteri (Purwanti, 2012).

4) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Jenis-jenis Lochea yaitu:

a) Lokhea rubra/merah

Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium selama 2 hari *postpartum* (Purwanti, 2012).

b) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke 4-7 post partum (Purwanti, 2012).

c) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14 post partum (Purwanti, 2012).

d) Lokhea alba/putih : cairan putih, setelah 2 minggu (Purwanti, 2012).

e) Lokhea purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk (Purwanti, 2012).

f) *Locheastasis* : lochea tidak lancar keluar (Purwanti, 2012).

5) Laktasi

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Bagi setiap ibu yang melahirkan akan tersedia makanan bagi bayinya, dan bagi anak akan merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa aman, tenteram, hangat akan kasih sayang ibunya (Purwanti, 2012).

Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri, dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Ibu yang sedang menyusui juga jangan jangan terlalu banyak dibebani urusan pekerjaan rumah tangga, urusan kantor dan lainnya karena hal ini juga dapat mempengaruhi produksi ASI. Untuk memproduksi ASI yang baik harus dalam keadaan tenang (Purwanti, 2012).

6) Serviks

Segera setelah post partum bentuk serviks agak menganga seperti corong, disebabkan oleh karena korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk seperti cincin.

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup (Nurliana Mansyur, 2014).

7) Perubahan pada vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali pada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol (Nurliana Mansyur, 2014).

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun telah lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Nurliana Mansyur, 2014).

d. System Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat *spasine sfingte* dan oedema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan *dieresis*. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu (Nurliana Mansyur, 2014).

e. System Gastrointestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama 1 atau 2 hari, gerak

tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. rasa sakit didaerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang (Walyani & Purwoastuti, 2017).

f. System Endokrin

Kadar esterogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam *postpartum*. Progesterone turun pada hari ke 3 *postpartum*. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang (Walyani & Purwoastuti, 2017).

g. System Muskuloskletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam *postpartum*. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi (Walyani & Purwoastuti, 2017).

h. System Integumen

Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan kekurangannya hiperpigmentasi kulit. Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun (Walyani & Purwoastuti, 2017).

7. Proses Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Proses adaptasi psikologis sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seseorang wanita dapat bertambah. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah (Walyani & Purwoastuti, 2017).

Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah fungsi menjadi orang tua, respon dan dukungan dari keluarga, riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan, harapan, keinginan dan aspirasi saat kehamilan dan melahirkan (Ambarwati, 2010).

Fase- fase yang dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain :

a. Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules , nyeri pada luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat yang cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi (Ambarwati, 2010).

Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada masa ini adalah kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum biasa menyusui bayinya, kritikan suami atau keluarganya tentang perawatan bayinya (Ambarwati, 2010).

b. Fase Taking Hold

Periode ini berlangsung pada hari ke 3-10 hari setelah persalinan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa bertanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive sehingga lebih mudah tersinggung (Ambarwati, 2010).

Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan / pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain: mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang baik dan benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain (Ambarwati, 2010).

c. Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya (Ambarwati, 2010).

Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut: fisik: Istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih, psikologis. Dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan, sosial: perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani ibu saat ibu merasa kesepian, psikososial (Ambarwati, 2010).

8. Faktor-faktor yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui

a. Faktor fisik

Kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, mengganti popok, dan pekerjaan setiap hari membuat ibu kelelahan, apalagi jika tidak ada bantuan dari suami atau anggota keluarga lain (Sulistyawati, 2009).

b. Faktor psikologis

Berkurangnya perhatian keluarga, terutama suami karena semua perhatian tertuju pada anak yang baru lahir. Padahal selesai persalinan ibu merasa kelelahan dan sakit pasca persalinan membuat ibu membutuhkan perhatian. Kecewa terhadap fisik bayi karena tidak sesuai dengan pengrajan juga bisa memicu baby blue (Sulistyawati, 2009).

c. Faktor lingkungan, sosial, budaya, dan ekonomi

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi

kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatana keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan (Sulistyawati, 2009).

Faktor lingkungan yang paling mempengaruhi status kesehatan masyarakat terutama ibu hamil, bersalin, dan nifas adalah pendidikan. Jika masyarakat mengetahui dan memahami hal-hal yang memepengaruhi status kesehatn tersebut maka diharapkan masyarakat tidak dilakukan kebiasaan atau adat istiadat yang merugikan kesehatan khususnya ibu hamil, bersalin, dan nifas (Sulistyawati, 2009).

Status ekonomi merupakan simbol status soaial di masyarakat. Pendapatan yang tinggi menunjukkan kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan nutrisi yang memenuhi zat gizi untuk ibu hamil. Sedangkan kondisi ekonomi keluarga yang rendah mendorong ibu nifas untuk melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan kebutuhan kesehatan (Sulistyawati, 2009).

9. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

a. Nutrisi

Nutrisi atau Gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, arena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi (Nurjanah,2013).

Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Disamping itu harus mengandung : sumber t enaga (energi), sumber pembangun (protein), sumber pengatur dan perlindungan (mineral, vitamin dan air) (Nurjanah, 2013).

b. Ambulasi Dini (Early ambulation)

Disebut juga early ambulation. Early ambulation adalah kebijakan untuk selekas mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya membimbingnya selekas mungkin untuk berjalan. Klien sudah diperbolehkan untuk bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Keuntungan early ambulation adalah :klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat, faal usus dan kandung kencing lebih baik, dapat lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan selama ibu masih dalam perawatan (Wulandari, 2010).

c. Eliminasi (Buang Air Kecil dan Besar)

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemh

maka dapat menyebabkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat meyakinkan pasien bahwa kencing segera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi postpartum (Nurjanah, 2013).

Dalam 24 jam pertama pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. Bidan harus dapat meyakinkan pasien untuk tidak takut buang air besar karena buang air besar tidak akan menambah parah luka jalan lahir. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih (Nurjanah, 2013).

d. Kebersihan Diri

Mandi di tempat tidur dilakkan sampai ibu dapat mandi sendiri di kamar mandi, yang terutama dibersihkan adalah puting susu dan mammae dilanjutkan perawatan perineum. Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam tidak boleh terkontaminasi oleh tangan (Nurjanah, 2013).

Perawatan payudara : Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara. Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam (Nurjanah, 2013).

e. Istirahat

Kebahagiaan setelah melahirkan dapat membuat sulit istirahat. Seorang ibu baru akan cemas apakah ia akan mampu merawat anaknya atau tidak. Hal ini mengakibatkan sulit tidur. Juga akan terjadi gangguan pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus mendeteksi atau mengganti popok yang sebelumnya tidak pernah dilakukan. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan-perlahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayinya tidur (Wulandari, 2010).

f. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah melahirkan. Keputusan berlangsung pada pasangan yang bersangkutan (Nurjanah, 2013).

g. Latihan Senam Nifas

Sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawall mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit postpartum. Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan mendiskusikan terlebih dahulu dengan pasien mengenai pentingnya otot perut dan panggul untuk kembali normal (Nurjanah, 2013).

Dengan kembalinya kekuatan otot perut dan panggl, akan mengurangi keluhan sakit punggung yang bisanya dialami oleh ibu nifas. Latihan tertentu beberapa menit akan membantu untuk mengencangkan otot bagian perut (Nurjanah, 2013).

E. Keluarga Berencana (KB)

Program Keluarga Berencana Menurut UU No. 10 tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan pembangunan keluarga sejahtera adalah upaya peningkatan kependudukan dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP) pengaturan kelahiran pembinaan bertahan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program Pola pemilihan cara KB yang disusun sesuai dengan pola Perencanaan keluarga, KB serta mengacu pada pola kehidupan Reproduksi Wanita/istri yang di bagi atas tiga priode yaitu :

Tabel 14 Pola Perencanaan Keluarga Berencana

| | | |
|---------|--------------|------------|
| Menunda | Menjarangkan | Mengakhiri |
|---------|--------------|------------|

| | | |
|---|---|--|
| Usia di bawah 20 tahun Pada masa ini alat kontrasepsi yang cocok untuk di gunakan adalah (Cara sederhana, seperti PIL,Kondom,Pantang Berkala) | Usia 20-35 tahun Pada masa ini alat kontrasepsi yang cocok untuk di gunakan adalah (IUD, Implan dan Suntikan) | Usia 35 ke atas Pada masa ini alat kontrasepsi yang paling cocok adalah kontrasepsi mantap (MO W/MOP) di susuli AKDR dan Implan |
|---|---|--|

(Handayani, 2011).

1. Metode Amenorhea Laktasi

a. Pengertian

Metode Amenorhea Laktasi adalah: kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun (Handayani, 2011).

b. Keuntungan MAL

Keuntungan kontrasepsi: segera efektif, tidak mengganggu senggaman, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, tanpa biaya (Handayani, 2011). Keuntungan non-kontrasepsi. Untuk bayi : mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI), sumber asupan gisi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai. Untuk Ibu : mengurangi perdarahan pasca persalinan, mengurangi resiko anemia, meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi (Handayani, 2011).

c. Kerugian/kekurangan/keterbatasan

Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan. Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial. Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/ HBV dan HIV/AIDS (Handayani, 2011).

d. Indikasi MAL

Ibu menyusui secara eksklusif. Bayi berumur kurang dari 6 bulan. Ibu belum mendapatkan haid sejak melahirkan (Nurjanah, 2013).

e. Kontraindikasi MAL

Sudah mendapat haid sejak setelah bersalin. Tidak menyusui secara eksklusif. Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan. Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam akibatnya tidak lagi efektif sebagai metode kontrasepsi (Handayani, 2011).

2. Suntik

a. Suntikan Kombinasi

1) Pengertian

Suntikan kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesterone (Handayani, 2011).

2) Mekanisme Kerja

Menekan ovulasi, menghambat transportasi gamet oleh tuba, mempertebal mukus serviks (mencegah penetrasi sperma), mengganggu pertumbuhan endometrium, sehingga menyulitkan proses implantasi (Handayani, 2011).

3) Keuntungan / Manfaat

Keuntungan Kontrasepsi yaitu : tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, klien tidak perlu menyimpan obat, resiko terhadap kesehatan kecil, efek samping sangat kecil, jangka panjang (Handayani, 2011).

Keuntungan Non Kontrasepsi yaitu mengurangi jumlah perdarahan sehingga mengurangi anemia, mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium, dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause, mencegah kanker ovarium dan kanker endometrium, melindungi klien dari penyakit radang panggul, mencegah kanker ovarium dan endometrium, mencegah kehamilan ektopik, mengurangi nyeri haid (Handayani, 2011).

4) Kerugian

Perubahan pola haid : tidak teratur, perdarahan bercak, perdarahan bisa sampai 10 hari. Pada awal pemakaian klien akan mual, pusing, nyeri payudara dan keluhan ini akan menghilang setelah suntikan kedua atau ketiga. Ketergantungan klien pada pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan. Efektivitas turun jika interaksi dengan obat, epilepsi (fenitoin, barbiturat) dan rifampisin. Dapat terjadi efek samping yang serius, stroke, serangan jantung dan trombosis paru. Terlambatnya pemulihan kesuburan setelah berhenti. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual. Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian. Penambahan berat badan (Handayani, 2011).

5) Efek Samping

Amenorhea, mual / pusing / muntah dan spotting

6) Penanganan Efek Samping

a) Amenorhea

Singkirkan kehamilan dan jika hamil lakukan konseling.

Bila tidak hamil sampaikan bahwa darah tidak terkumpul di rahim (Handayani, 2011).

b) Mual / Pusing / Muntah

Pastikan tidak hamil. Informasikan hal tersebut bisa terjadi jika hamil lakukan konseling / rujuk (Handayani, 2011).

c) Spotting

Jelaskan merupakan hal biasa tapi juga bisa berlanjut dan jika berlanjut maka anjurkan ganti cara (Handayani, 2011).

b. Suntikan Progestin / Progestin-Only Injectable (PICs)

1) Pengertian.

Suntikan progestin merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesterone (Handayani, 2011).

2) Mekanisme Kerja

Menekan ovulasi. Lendir serviks menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barrier terhadap spermatozoa. Membuat endometrium menjadi kurang baik/layak untuk implantasi dari ovum yang sudah dibuahi. Mungkin mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam tuba fallopi (Handayani, 2011).

3) Keuntungan / Manfaat

Manfaat Kontraseptif : sangat efektif (0.3 kehamilan per 1000 wanita selama tahun pertama penggunaan). Cepat efektif (<24 jam) jika dimulai pada hari ke 7 dari siklus haid. Metode jangka waktu menengah (Intermediate-term) perlindungan untuk 2 atau 3 bulan per satu kali injeksi. Pemeriksaan panggul tidak diperlukan untuk memulai pemakaian. Tidak mengganggu hubungan seks. Tidak mempengaruhi pemberian ASI. Bisa diberikan oleh petugas non-medis yang sudah terlatih. Tidak mengandung estrogen (Handayani, 2011).

Manfaat Non Kontraseptif Mengurangi kehamilan ektopik, bisa mengurangi nyeri haid, bisa mengurangi perdarahan haid. bisa memperbaiki anemia. Melindungi terhadap kanker endometrium. Mengurangi penyakit payudara ganas. Memberi perlindungan terhadap beberapa penyebab PID (Penyakit Inflamasi Pelvik) (Handayani, 2011).

4) Kerugian / Keterbatasan

Perubahan dalam pola perdarahan haid, perdarahan / bercak tak beraturan awal pada sebagian besar wanita, penambahan berat badan (2 kg), meskipun kehamilan tidak mungkin, namun jika terjadi, lebih besar kemungkinannya berupa ektopik dibanding pada wanita bukan pemakai, harus kembali lagi untuk ulangan injeksi setiap 3 bulan (DMPA) atau 2 bulan (NET-EN), pemulihan kesuburan bisa tertunda selama 7-9 bulan (secara rata-rata) setelah penghentian (Handayani, 2011).

5) Efek Samping

Amenorrhea, perdarahan Hebat atau Tidak Teratur, penambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan)(Handayani, 2011).

6) Penanganan Efek Samping

a) Amenorrhea

Yakinkan ibu bahwa hal itu adalah biasa, bukan merupakan efek samping yang serius. Evaluasi untuk mengetahui apakah ada kehamilan, terutama jika terjadi amenorrhea setelah masa siklus haid yang teratur. Jika tidak ditemui masalah, jangan berupaya untuk merangsang perdarahan dengan kontrasepsi oral kombinasi (Handayani, 2011).

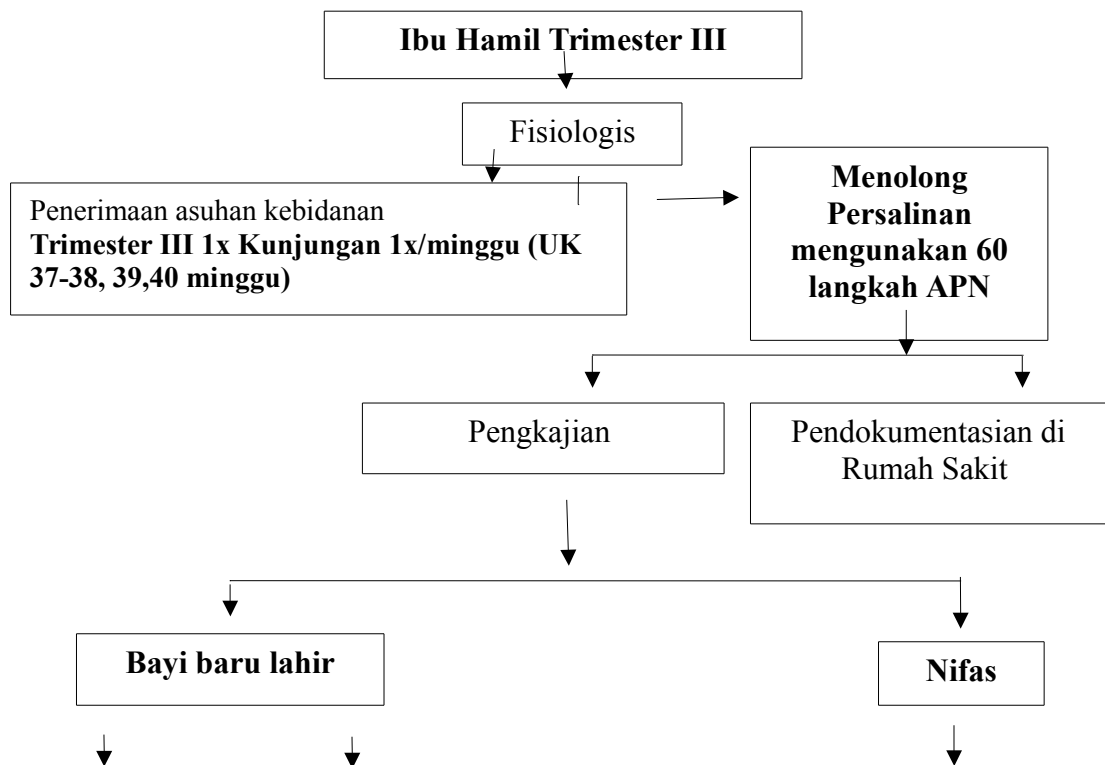
b) Perdarahan Hebat atau Tidak Teratur

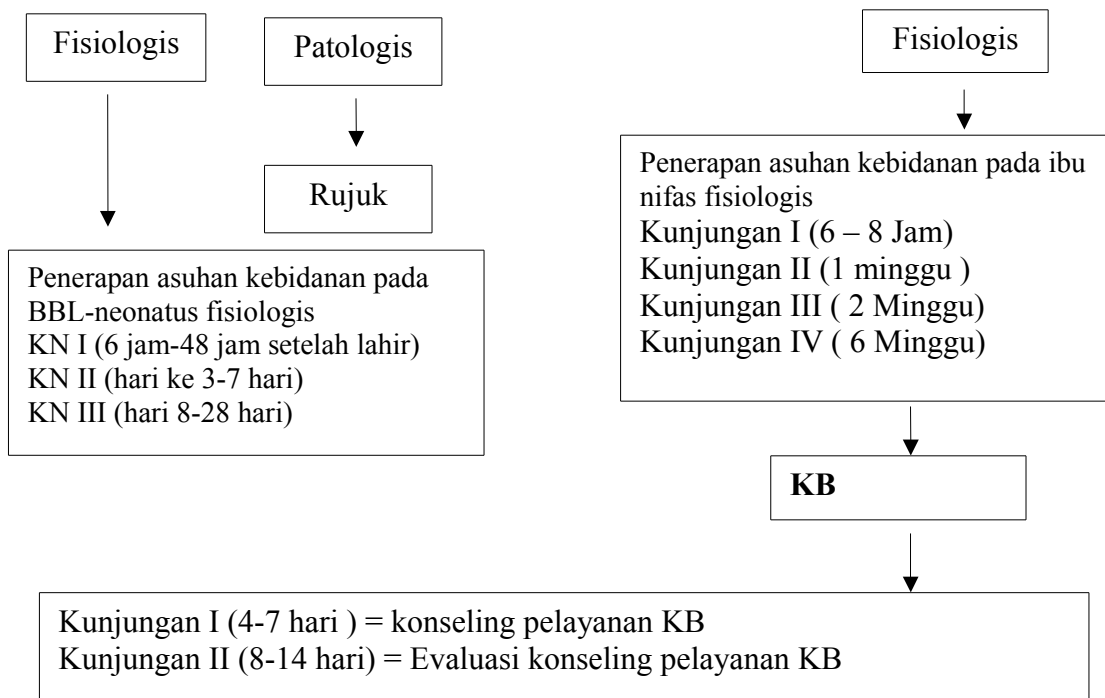
Spotting yang berkepanjangan (>8 hari) atau perdarahan sedang : yakinkan dan pastikan. Periksa apakah ada masalah ginekologis (misalnya servitis). Pengobatan jangka pendek seperti Kontrasepsi oral kombinasi (30-50 µg EE) selama 1 siklus, Ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari). Perdarahan yang ke dua kali sebanyak atau dua kali lama perdarahan normal :Tinjau riwayat perdarahan secara cermat dan periksa hemoglobin (jika ada). Periksa apakah ada masalah ginekologi. Jika perdarahan tidak berkurang dalam 3-5 hari, berikan : dua (2) pil kontrasepsi oral kombinasi per hari selama sisa siklusnya kemudian 1 pil perhari dari kemasan pil yang baru. Estrogen dosis tinggi (50 µg EE COC, atau 1.25 mg yang disatukan dengan estrogen) selama 14-21 hari (Handayani, 2011).

c) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan)

Informasikan bahwa kenaikan/penurunan BB sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan BB terlalu mencolok. Bila BB berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi yang lain (Handayani, 2011).

F. Kerangka Pikir





Bagan 1 Kerangka Pemikiran Asuhan Komprehensi

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Laporan Penelitian

Penelitian dengan “Asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.S.S di Pustu Tenau” dilakukan dengan menggunakan metode penelitian studi penelaan kasus dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal (satu orang). Meskipun didalam studi kasus ini diteliti hanya berbentuk unit tunggal, namun dianalisis secara mendalam menggunakan metode 7 langkah Varney dan SOAP (Pengkaji-an data Subyektif, data Obyektif, analisis data dan Penatalaksanaan)

B. Lokasi dan Waktu

Studi kasus ini akan dilakukan di Puskesmas Pembantu Tenau, kelurahan Alak, kecamatan Alak, Kota Kupang dan waktu pelaksanaannya pada tanggal 23 Februari – 18 Mei 2019.

C. Subyek Kasus

Subyek pada studi kasus ini adalah seorang ibu hamil Ny.S.S G₂P₁ A₀AH₁ Umur Kehamilan 33 Minggu 4 Hari Janin Tunggal, Hidup, Intrauterin, Letak Kepala, keadaan ibu dan janin baik di Puskesmas pembantu Tenau, Kota Kupang”

D. Teknik pengumpulan data

1. Data Primer

a. Wawancara

Wawancara dilakukan untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan akurat melalui jawaban tentang masalah-masalah yang terjadi pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir. Wawancara dilakukan menggunakan pedoman wawancara terstruktur.

b. Observasi

Metode pengumpulan data melalui suatu pengamatan dengan menggunakan pancaindra maupun alat sesuai dengan format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL yang data Obyektif meliputi : keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan), penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, pengukuran lingkaran lengan atas, pemeriksaan fisik (kepala, leher, dada, posisi tulang belakang, abdomen, ekstremitas), pemeriksaan kebidanan (palpasi uterus Leopold I-IV dan auskultasi Denyut jantung janin), perkusi (refleks patella), dan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium (hemoglobin dan DDR(dried blood smear)).

2. Data Sekunder

Data diperoleh dari instansi terkait (Pustu Tenau), yang memiliki hubungan dengan masalah yang ditemukan penulis maka penulis mengambil data dengan studi dokumentasi dari buku KIA, kartu ibu, register kohort ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan pemeriksaan laboratorium.

E. Keabsahan Penelitian

Keabsahan penelitian, penulis menggunakan teknik *credibility* dengan cara triangulasi data yang dipakai dalam uji keabsahan data pada penelitian kualitatif, yakni :

1. Triangulasi sumber

Berdasarkan data yang sudah diambil dari ibu hamil sebagai sumber yang didapat dari hasil wawancara, hasil wawancara dapat dikatakan sudah benar atau *valid* karena sudah sesuai dengan sumber lain yang digunakan sebagai pembandingan yakni dari buku KIA, kartu ibu, register kohort, dan pemeriksaan laboratorium (Sugiyono, 2010).

2. Triangulasi teknik

Saat melakukan wawancara pada sumber dalam hal ini ibu hamil sebagai subyek kasus, peneliti juga sudah melakukan teknik lain yakni pemeriksaan untuk menunjang data hasil wawancara yang meliputi mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan), penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, pengukuran lingkaran lengan atas, pemeriksaan fisik (kepala, leher, dada, posisi tulang belakang, abdomen, ekstremitas), pemeriksaan kebidanan (palpasi Leopold I-IV dan auskultasi Denyut Jantung Janin),

perkusi (refleks *patella*), dan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium (Sugiyono, 2010).

F. Alat Dan Bahan

Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik dan dalam memberikan asuhan kebidanan yaitu :

1. Kehamilan: timbangan berat badan, pengukur tinggi badan, pita lila, tensimeter, stetoskop, termometer, jam tangan, doppler, jelly, tissue, pita centimeter
2. Persalinan:
 - a) partus set : klem tali pusat 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomy 1 buah, $\frac{1}{2}$ kocher 1 buah, handscoon 1 pasang dan dispo 3 cc.
 - b) heacting set : naldfuder 1 buah, gunting benang 1 buah, pinset anatomis 1 buah, jarum otot dan jarum kulit, handscoon 1 pasang dan dispo 5 cc.
 - c) alat pelindung diri : celemek, kaca mata, penutup kepala
 - d) air mengalir untuk mencuci tangan, sabun serta handuk.
3. Nifas: tensimeter, termometer, jam tangan
Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara adalah : format asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir dan pulpen.
Alat dan bahan yang digunakan untuk dokumentasi adalah buku KIA, status pasien dan register kohort serta buku asuhan kebidanan.

G. Etika Penelitian

Menurut Sugiyono (2010) etika adalah peristiwa interaksi sosial dalam kehidupan sehari-hari yang berkaitan dengan falsafah moral, sopan santun, tata susila, budi pekerti. Studi kasus ini adalah studi kasus yang dilaksanakan dengan metode ilmiah yang telah teruji validitas dan reliabilitas. Dalam penulisan studi kasus juga memiliki beberapa masalah etik yang harus diatasi adalah : *inform consent*, *anonymity*, dan *confidentiality*.

1. *Inform consent*

Inform consent adalah suatu proses yang menunjukkan komunikasi yang efektif antara bidan dengan pasien, dan bertemunya pemikiran tentang apa yang akan dilakukan dan apa yang tidak akan dilakukan terhadap pasien (Notoamodjo, 2010).

2. *Anonymity*

Hak *anonymity* dan *confidentiality* didasari hak kerahasiaan. Subyek penelitian memiliki hak untuk ditulis namanya atau tidak ditulis namanya atau anonim dan memiliki hak berasumsi bahwa data yang

akan dikumpulkan akan dijaga kerahasiaannya. Laporan kasus yang akan dilakukan, penulis menggunakan hak *inform consent*, serta hak *anonymity*, dan *confidentiality* dalam penulisan studi kasus.

(Notoamodjo, 2010).

3. *Confidentiality*

Sama halnya dengan *anonymity*, *confidentiality* adalah pencegahan bagi mereka yang tidak berkepentingan yang ingin mengetahui secara umum data, hak dan kerahasiaan klien. Seseorang dapat memperoleh informasi secara umum apabila telah disebutkan atau telah mendapatkan perijinan dari pihak yang terkait. Manfaat *confidentiality* ini adalah menjaga kerahasiaan secara menyeluruh untuk menghargai hak-hak pasien. (Notoamodjo, 2010).

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Studi kasus ini dilakukan di Puskesmas Alak tepatnya di Puskesmas Pembantu (Pustu) Tenau sejak tanggal 23 Februari sampai 18 Mei 2019. Puskesmas Alak membawahi enam Puskesmas Pembantu (Pustu) dengan jumlah tenaga 65 orang. Fasilitas yang ada di Puskesmas Pembantu Tenau, yaitu antara lain: Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Imunisasi dan Apotik. Tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Pembantu Tenau berjumlah 3 orang, yang terdiri dari dua orang bidan dan satu orang perawat. Selain pelayanan di dalam gedung ada beberapa kegiatan yang terjadi di luar gedung yakni kegiatan Posyandu Bayi Balita, Posyandu Lansia, Kegiatan Prolanis, Pemasangan bendera di Rumah bumil sesuai dengan faktor risiko dan pemasangan stiker *P4K*.

Puskesmas pembantu Tenau yang beralamat di Jl. A. Baitanu, Kelurahan Alak, Kecamatan Alak, Kota Kupang dengan batas batas wilayah yakni Timur berbatasan dengan Kelurahan Namosain, Barat berbatasan dengan Desa Nitneo Kabupaten Kupang, Utara berbatasan Laut Kupang, Selatan berbatasan dengan Kelurahan Manulai II.

Studi kasus ini dilakukan pada Ny. S.S di Pustu Tenau Periode 23 Februari s/d 18 Mei Tahun 2019.

B. Tinjauan Kasus

Pada tinjauan kasus ini penulis akan membahas tentang asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.S.S dari masa kehamilan, persalinan, BBL, nifas dan KB di Puskesmas Pembantu Fatululi pada tanggal 23 februaril sampai dengan 18 mei 2019 dengan metode 7 langkah Varney dan mendokumentasikannya dalam bentuk SOAP.

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.S.S UMUR 35 TAHUN G₂P₁ A₀AH₁
 UMUR KEHAMILAN 32 MINGGU 2 HARI, JANIN HIDUP,
 TUNGGAL, LETAK KEPALA, INTRAUTERIN,
 DI PUSKESMAS PEMBANTU TENAU

I. Pengkajian

Tanggal masuk : 23-02-2019 Jam : 09.00 WITA
 Tanggal pengkajian : 23-02-2019 Jam : 09.15 WITA
 Tempat pengkajian : Puskesmas Pembantu Tenau

A. Data Subjektif

1. Identitas / Biodata

| | | | |
|--------------|-------------------------------------|-------------|----------------|
| Nama Ibu | : Ny. S.S | Nama Suami | : Tn .M.N.A.S |
| Umur | : 35 tahun | Umur | : 36 tahun |
| Agama | : Islam | Agama | : Islam |
| Pendidikan | : SD | Pendidikan | : SMA |
| Pekerjaan | : Wirausaha | Pekerjaan | : Wirasuasta |
| Penghasilan | : 1.000.000 | Penghasilan | : Rp.1.500.000 |
| Suku | : Jawa | Suku | : Jawa |
| Alamat Rumah | : Rt.10 Rw.04 Kel.Alak, Kota kupang | | |
| No telp | : 0852537xxxxx | | |

2. Keluhan utama

Ibu mengatakan hamil anak kedua, tidak pernah keguguran, dan tidak ada keluhan.

3. Riwayat menstruasi :

Ibu mengatakan haid pertama kali 14 tahun, siklus haidnya 28-30 hari, mengganti pembalut 2-3x/hari, lama haidnya 4-5 hari, ada nyeri saat haid, warna darah merah tua, darah yang keluar bersifat encer kadang bergumpal.

4. Riwayat perkawinan

Ibu mengatakan sudah menikah sah dan merupakan perkawinan yang kedua kali, hidup bersama suami lamanya 4 tahun, umur ibu saat menikah 31 tahun dengan suami umur 32 tahun.

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

Ibu mengatakan ini adalah kehamilannya yang kedua , tidak pernah keguguran. Usia kehamilan sekarang 8 bulan.Hari Pertama haid terakhir tanggal 12-07-2018, dan diperkirakan persalinannya tanggal 18-04-2019. Selama hamil ibu memeriksakan kehamilannya sebanyak 8 kali di Puskesmas Pembantu (Pustu) Tenaau. Pertama kali melakukan pemeriksaan pada trimester kedua pada tanggal 27-11-18 dengan tidak ada keluhan.Ibu merasakan pergerakan janin saat usia kehamilan 5 bulan. Nasihat yang diberikan adalah banyak istirahat,minum tablet tambah darah yang ibu dapat dari pustu tenau.

a. Riwayat persalinan yang lalu

Tabel 15 Riwayat persalinan masa lalu

| No | Tahun lahir | Jenis persalinan | UUK | Penolong persalinan | Tempat persalinan | Bayi | | | Menyusui |
|----|--------------|------------------|---------|---------------------|-------------------|-----------|---------|----|----------|
| | | | | | | JK | BB | PB | |
| 1 | 5-05-2008 | Normal | 9 bulan | Bidan | Pusk Di jawa | Laki-laki | 2500 kg | - | Asi |
| 2 | G2 P1 A0 AH1 | | | | | | | | |

6. Riwayat KB :

Ibu mengatakan tidak pernah menjadi akseptor Kb, karena setelah melahirkan anak pertama di tinggal suami, dan ibu sudah menikah lagi.

7. Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu mengatakan tidak menderita penyakit menular seperti asma, TBC paru, Hepatitis, Diabetes Melitus, jantung ginjal,Hipertensi, Epillepsi, tidak pernah melakukan operasi, tidak pernah mengalami kecelakaan dan tidak pernah menderita alergi makanan maupun obat.

8. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan dalam keluarga tidak pernah menderita penyakit menular seperti asma, TBC, Diabetes Melitus, dan Hepatitis, ada yang menderita penyakit hipertensi, tidak ada yang menderita sakit jiwa.

9. Riwayat psikososial dan kultural

Ibu mengatakan merasa senang dengan kehamilannya sekarang. kehamilannya direncanakan dan diterima baik oleh suami dan keluarga. Suami selalu menemani ibu saat melakukan pemeriksaan kehamilan ke Puskesmas Pembantu tenau.Ibu mengatakan kehidupan dalam rumah tangganya terjalin baik dan harmonis, baik suami maupun istri tidak merokok, mengkonsumsi alkohol, minum jamu ataupun obat-obatan terlarang lainnya, serta tidak ada pantangan makanan di dalam keluarga.

Ibu mengatakan pengambil keputusan dalam keluarga yakni keputusan bersama/dirunding bersama suami dan keluarga, Ibu mengatakan akan melahirkan di fasilitas kesehatan di tolong oleh bidan.

10. Pola kebiasaan sehari-hari :

Tabel 16 Pola Kebiasaan Sehari-hari

| Pola Kebiasaan | Selama hamil |
|-----------------|---|
| Nutrisi | Ibu mengatakan makan 3 kali sehari, porsi 2 piring dengan menu nasi, sayur, ikan, telur, tempe, tahu dan minum air putih 7-8 gelas, serta minum susu 2 gelas sehari |
| Eliminasi | Ibu mengatakan BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek kadang keras, BAK \pm 8 kali sehari |
| Istirahat | Ibu mengatakan tidur siang \pm 2 jam dan tidur malam \pm 8 jam sehari |
| Kebersihan Diri | Ibu mengatakan mandi, sikat gigi, dan ganti pakaian 2 kali sehari, keramas rambut 3 kali seminggu |

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. BB sebelum hamil : Ibu mengatakan tidak pernah timbang
- d. BB sekarang : 55 kg
- e. Tinggi badan : 151 cm
- f. Bentuk tubuh : Lordosis
- g. Tanda-tanda vital : Tekanan darah 100/80 mmHg
: Suhu 36,5°C
: Nadi 82 x/menit

: Pernapasan 20 x/menit

- h. Lingkar lengan atas : 26 cm
- i. Tafsiran partus : 18-04-2019

2. Pemeriksaan fisik obstetri

- a. Kepala : rambut berwarna hitam dan tidak ada ketombe, tidak ada benjolan, tidak ada massa dan tidak ada bekas luka
- b. Wajah : simetris, tidak oedema, tidak pucat, ada cloasma gravidarum
- c. Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera berwarna putih
- d. Hidung : tidak ada sekret dan tidak ada polip
- e. Telinga : bersih, simetris, tidak ada serumen, pendengaran baik

- f. Mulut : mukosa bibir lembab, tidak pucat, tidak ada stomatitis, gigi bersih dan tidak ada caries gigi
- g. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, dan tidak ada pembendungan vena jugularis
- h. Dada : payudara simetris, tidak ada tarikan dinding dada, payudara membesar, puting susu menonjol, terdapat hyperpigmentasi pada areola mammae, tidak ada benjolan pada payudara, tidak ada nyeri saat ditekan
- i. Abdomen : tidak ada massa, ada striae gravidarum, ada linea nigra, tidak ada bekas luka operasi, kandung kemih kosong

1) Palpasi

- a) Leopold I : pada fundus teraba bagian bulat, lunak dan tidak melenting yaitu bokong. Tinggi fundus uteri $\frac{1}{2}$ pusat, Processus Xyphoideus
- b) Leopold II :
Kiri : pada bagian kiri perut ibu teraba bagian yang datar, keras dan memanjang yaitu punggung janin
Kanan : pada bagian kanan perut ibu teraba bagian terkecil janin
- c) Leopold III : bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting yaitu kepala
- d) Leopold IV : kepala belum masuk PAP (Pintu Atas Panggul).

Mc. Donald : 29 cm

TBBJ (Tafsiran Berat Badan Janin) : $(TFU-12) \times 155$

$(29-12) \times 155$

$17 \times 155 = 2635 \text{ gram}$

- 2) Auskultasi : DJJ terdengar jelas, kuat dan teratur dibagian kiri perut ibu dengan frekuensi 140 x/menit menggunakan doppler

j. Ekstremitas :

- 1) Tangan: simetris, kuku tangan tidak pucat
- 2) Kaki : simetris, tidak ada oedema, tidak ada varices, kuku kaki tidak pucat

3. Pemeriksaan Laboratorium

Sudah dilakukan pada pemeriksaan yang lalu.

II. Interpretasi Data Dasar

Tabel 17 Diagnosa dan data dasar

| DIAGNOSA | DATA DASAR |
|---|---|
| Ibu S.S G2P1A0AH1 35tahun,usia kehamilan 32 minggu 2hari, janin tunggal, hidup intrauterine, letak kepala Keadanibudanjanin baik | Data subjektif : Ibu bernama S.S, tanggal lahir 4-07-1984, hamil anak kedua, pernah melahirkan 1 kali, tidak pernah keguguran, anak hidup 1 orang berusia 10 tahun. Hari pertama haid terakhir 12-07-2018. Ibu mengatakan merasakan pergerakan janin lebih banyak pada sisi kiri sebanyak 10-11 kali sehari dan tidak nyeri saat bergerak. Ibu merasa seperti ada dorongan pada perut bagian bawah. Data obyektif : 1. Tanggal periksa 23- februari-2019 2. Tafsiran persalinan 18-april-2019 3. Inspeksi wajah tidak ada cloasma gravidarum, konjungtiva merah muda, ada hiperpigmentasi pada areola, perut tidak ada striae, tidak ada linea, membesar sesuai usia kehamilan, TFU ½ pusat, processus xyphoideus, teraba 1 bagian besar janin, terdengar denyut jantung janin pada satu tempat yaitu bagian kiri perut ibu dengan frekuensi 140 x /menit, bagian bawah perut ibu teraba kepala janin dan belum masuk PAP 4. Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82 x/ menit, pernapasan 23 x/ menit, suhu 36,5 °C, berat badan 55 kg, tinggi badan 151 cm, dan lingkar lengan atas 26 cm. |

III. Identifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial Dan Antisipasi

Penanganan

Tidak ada

IV. Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Tidak ada

V. Perencanaan Asuhan Yang Menyeluruh

Tanggal : 23-02-2019

Jam : 11.45 WITA

Diagnosa : Ny. S.S umur 35 Tahun G₂P₁A₀AH₁ usia kehamilan 33 minggu 4 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, letak kepala, keadaan ibu dan janin baik

1. Informasi dan jelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan

Rasional : informasi yang tepat dan benar tentang kondisi dan keadaan yang sedang dialami ibu merupakan hak pasien yang harus diketahui ibu dan keluarga agar lebih kooperatif dalam tindakan atau asuhan yang diberikan.

2. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang
Rasional : makanan yang bergizi seimbang sangat penting untuk kesehatan ibu, mencukupi kebutuhan energi ibu, memperlancar metabolisme tubuh dan berguna bagi pertumbuhan janin dalam kandungan.
3. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup selama hamil
Rasional : istirahat yang cukup terutama di siang hari dapat mengurangi beban kerja jantung yang mengalami peningkatan kerja karena kehamilan selain itu juga dapat menghemat penggunaan energi.
4. Informasikan tanda-tanda bahaya kehamilan pada trimester III
Rasional : memastikan ibu agar dapat mengenali tanda-tanda bahaya yang diinformasikan yang dapat membahayakan janin dan ibu serta membutuhkan evaluasi dan penanganan secepatnya.
5. Beritahu ibu untuk melakukan perencanaan dan persiapan persalinan yang aman dan nyaman.
Rasional : perencanaan persalinan seperti memilih tempat persalinan, memilih tenaga terlatih, transportasi ke tempat persalinan, keluarga yang akan menemani saat bersalin, persiapan biaya persalinan dan persiapan barang-barang yang diperlukan untuk persalinan yang aman dan nyaman.
6. Beritahu ibu tanda-tanda persalinan
Rasional : mengenali tanda-tanda persalinan dapat membantu ibu dalam persiapan menjelang persalinannya dan segera ke fasilitas kesehatan apabila mendapati tanda-tanda persalinan.
7. Anjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi obat yang diberikan yaitu tablet Fe, Vit C sesuai dosis yang dianjurkan.
Rasional: tablet SF (Sulfatferosus) atau obat tambah darah untuk mencegah anemia gizibesi dan vitamin C untuk membantu proses penyerapan dalam kolon.
8. Buat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan rumah.
Rasional: kunjungan rumah adalah kegiatan bidan kerumah ibu hamil dalam rangka untuk membantu ibu, suami dan keluarga membuat perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi persalinan. Selain itu kesepakatan kunjungan rumah dengan ibu pada tanggal 28-februari-2019.

VI. Pelaksanaan Asuhan

Tanggal : 23-01-2019

Jam : 12.45 WITA

Diagnosa : Ny. S.S umur 35 Tahun G₂P₁A₀AH₁ usia kehamilan 33 minggu 4 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, letak kepala, keadaan ibu dan janin baik

1. Menginformasi dan menjelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan
2. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup selama hamil yaitu pada siang hari $\pm 1-2$ jam/hari dan tidur malam hari ± 8 jam/hari.
3. Menginformasikan tanda-tanda bahaya kehamilan pada trimester III, perdarahan pervaginam yang banyak, sakit kepala terus menerus, penglihatan kabur, bengkak di kaki dan tangan, gerakan janin tidak dirasakan.
4. Memberitahu ibu untuk melakukan perencanaan dan persiapan persalinan yang aman dan nyaman seperti memilih tempat persalinan, memilih tenaga terlatih, transportasi ke tempat persalinan, keluarga yang akan menemani saat persalinan, persiapan biaya persalinan, pendonor dan persiapan barang-barang yang diperlukan untuk persalinan yaitu pakaian ibu seperti kain panjang, pakaian terbuka depan, BH, celana dalam, pembalut, perlengkapan mandi, handuk washlap, dan pakaian bayi secukupnya.
5. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda persalinan seperti nyeri pinggang menjalar hingga ke perut bagian bawah secara terus menerus, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar cairan dari jalan lahir serta rasa ingin mencedan.
6. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi obat yang diberikan oleh bidan di puskesmas yaitu tablet Fe, Vit C sesuai dosis yaitu masing-masing setiap hari 1 tablet.
7. Membuat kesepakatan dengan ibu untuk kunjungan rumah yaitu pada tanggal 28 Februari
8. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada status pasien dan register ibu hamil.

VII. Evaluasi

Tanggal : 23-02-2019

Jam : 13.20 WITA

Diagnosa : Ny. S.S umur 35 Tahun G₂P₁A₀AH₁ usia kehamilan 33 minggu 4 hari, janin tunggal, hidup intrauterin, letak kepala, keadaan ibu dan janin baik.

1. Ibu mengerti dengan penjelasan mengenai hasil pemeriksaan yang diberikan
2. Ibu mengerti dengan penjelasan dan menerima anjuran yang diberikan serta bersedia mengkonsumsi makanan bergizi seimbang.
3. Ibu menerima anjuran pola istirahat yang diberikan dan bersedia melakukannya
4. Ibu sudah mengetahui tanda bahaya kehamilan trimester III dan akan segera ke fasilitas kesehatan jika terdapat tanda-tanda bahaya tersebut.
5. Ibu mengerti dan mengatakan akan melahirkan di Klinik Bersalin Farida Sadik, di tolong oleh bidan, pendamping saat persalinan adalah suami, keluarga, transportasi, pendonor, biaya dan perlengkapan ibu dan bayi sudah disiapkan.
6. Ibu mengatakan bersedia dan akan minum obat yang di berikan oleh bidan
7. Ibu mengatakan bersedia dikunjungi pada tanggal 28- Februari 2019 di rumahnya.
8. Hasil pemeriksaan sudah didokumentasi pada buku KIA dan register, telah di lakukan.

Catatan Perkembangan 1 (Kehamilan)

Tanggal : 28-Februari 2019

Pukul : 10.00 wita

Tempat : Rumah Ny : S.S

subyektif : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

: Ibu mengatakan merasakan pergerakan janin 10-11 kali

: Ibu mengatakan suda makan pagi yaitu nasi, sayur putih, dan ikan

: ibu mengatakan sudah minum 1 tablet tambah darah dan 1 vitamin c pada malam hari sebelum tidur dan minum dengan air putih.

obyektif : Tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 37 °c, nadi 80 x/menit, pernapasan 18 x/menit.

: Wajah : tidak odema, konjungtiva merah mudah, sklera putih

: Ekstremitas kaki dan tangan tidak odema

Palpasi :

Leopold I : pada fundus teraba bagian bulat, lunak dan tidak melenting yaitu bokong. Tinggi fundus uteri $\frac{1}{2}$ pusat, processus xyphoideus.

Lepold II : pada perut bagian Kiri : pada bagian kiri perut ibu terababagian yang datar, keras dan memanjang yaitupunggung janin. Pada perut bagian Kanan ibu teraba bagian terkecil janin.

Leopold III : bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting yaitu kepala.

Leopold IV: kepala Belum masuk Pintu Atas Panggul(PAP)..

TFU menurut Mc.Donald : 29 cm

TBBJ : (TFU-12) x 155

(29-12) x 155

17 x 155 = 2635 gram

Auskultasi: DJJ terdengar jelas, kuat dan teratur dibagian kiri perut ibu dengan frekuensi 140 x/menit, menggunakan doppler.

A : Ny.S.S umur 35 tahun G₂P₁P₀A₀AH₁ usia kehamilan 33 minggu, hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, keadaan jalan lahir baik, keadaan ibu dan janin baik.

P :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu keadaan umum baik serta tanda- tanda vital dalam batas normal.
2. Mengkaji ulang poin konseling pada kunjungan ANC lalu.
3. Mengecek sisa tablet tambah darah (SF) dan kalk untuk memastikan kepatuhan ibu dalam minum obat yang diberikan.
Sisa obat SF 10 tablet dan kalk 10 tablet
4. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan, seperti keluarnya lendir darah dan nyeri perut yang sering, agar ibu segera ke puskesmas.
5. Menanyakan persiapan pakian ibu dan bayi.
6. Menjadwalkan rencana kunjungan rumah kedua pada tanggal 10-maret-2019.

Catatan Perkembangan 2 (Kehamilan)

Tanggal : 10-02-2019

Pukul : 16.00 wita

Tempat : Rumah Ny.S.S

Subyektif : Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

: Ibu mengatakan merasakan pergerakan janin 10-11 kali

: Ibu mengatakan suda makan pagi yaitu nasi, sayur putih, dan ikan

: ibu mengatakan sudah minum 1 tablet tambah darah dan 1 vitamin c pada malam hari sebelum tidur dan minum dengan air putih.

Obyektif : Tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 37 °c, nadi 80 x/menit, pernapasan 18 x/menit.

Wajah : tidak odema, konjungtiva merah mudah, sklera putih

: Ekstremitas kaki dan tangan tidak odema

Palpasi :

Leopold I : pada fundus teraba bagian bulat, lunak dan tidak melenting yaitu bokong. Tinggi fundus uteri $\frac{1}{2}$ pusat, processus xyphoideus.

Lepold II : Kanan : pada bagian kiri perut ibu teraba bagian yang datar, keras dan memanjang yaitupunggung janin.

Kiri : pada bagian kanan perut ibu teraba bagian terkecil janin.

Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting yaitu kepala.

Leopold IV: kepala belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP).

TFU menurut Mc.Donald : 29 cm

TBBJ : (TFU-12) x 155

(29-12) x 155

17 x 155 = 2635 gram

Auskultasi : DJJ terdengar jelas, kuat dan teratur dibagian kiri perut ibu dengan frekuensi 142 x/menit, menggunakan funduscope

A: Ny. S.S Umur 35 tahun G₂P₁P₀A₀AH₁ usia kehamilan 34 minggu, hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, keadaan jalan lahir baik, keadaan ibu dan janin baik.

P

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu keadaan umum baik serta tanda- tanda vital dalam batas normal.
2. Mengkaji ulang poin konseling pada kunjungan ANC lalu.
3. Mengecek sisa tablet tambah darah (SF) dan kalk untuk memastikan kepatuhan ibu dalam minum obat yang diberikan. Sisa obat SF 10 tablet dan kalk 10 tablet
4. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan, seperti keluarnya lendir darah dan nyeri perut yang sering, agar ibu segera ke puskesmas.
5. Menanyakan persiapan pakian ibu dan bayi, dan ibu sudah menyiapkan semua kebutuhan yang akan di perlukan saat melahirkan nanti.
6. Mengingatkan ibu untuk melihat buku KIA ibu karena ada jadwal kontrol ulang kehamilan pada tanggal 19-maret-2019.

C. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Asuhan Kebidanan Ny. S.S. G₂P₁A₀ Ah₁ Hamil 39 Minggu, Janin Hidup, Tunggal, Letak Kepala, Inpartu Kala I Fase Aktif Di Puskesmas Alak.

Tanggal : 08-April - 2019
 Pukul : 07:28
 Tempat : Puskesmas Allak

Tanggal 08-april 2019 jam 02.00 WITA ibu S.S menelpon dan mengatakan bahwa ibu merasakan perutnya terasa sakit sekali seperti mau buang air besar dan ibu suda di bawah ke puskesmas alak pada jam 05.00 karena suda keluar darah dari jalan lahir sejam jam 24:00 WITA dan sudah diperiksa oleh

bidan hasilnyapembukaan9 cm. Melalui kontak via telepon penulis menganjurkan ibu S.S untuk tidur miring kiri agar mempermudah turunnya kepala bayi dan melancarkan sirkulasi darah ibu ke janin sehingga oksigen ke janin lebih maksimal, makan dan minum supaya ada tenaga saat melahirkan dan mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan menarik napas dari hidung dan melepaskan dari mulut dan memberi semangat kepada ibu. Setelah itu pada sekitar jam 10 penulis menelpon ibu S.S dan menanyakan keadaannya dan ibu mengatakan bahwa ia sudah melahirkan jam 07.28 WITA dan anak laki-laki. Penulis menanyakan apakah bayinya sudah di beri salep mata dan suntikan vitamin K ibu mengatakan bahwa sudah disuntikan. Penulis juga menyatakan apakah ibu ada robekan dan ibu menyatakan ada robekan sehingga bidan menjahit.

D. ASUHAN PADA BAYI BARU LAHIR

Catatan Perkembangan Nifas 6 Jam (KF 1)

P Tanggal : 18-Maret-2019
Pukul : 07.55WITA
Tempat : Puskesmas Alak

Kunjungan nifas pertama yaitu nifas 6 jam, penulis tidak melakukan asuhan secara langsung kepada pasien karena penulis sedang PKL di niki-niki. Penulis membuat catatan

perkembangan dengan mengambil data dari buku KIA ibu S.S.

Buku KIA didapatkan data kondisi ibu secara umum baik, tekanan darah 110/70 mmhg, perdarahan pervaginam 100 cc, kondisi perineum robekan, infeksi tidak ada, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, lochea rubra, pemeriksaan jalan lahir dilakukan, pemeriksaan payudara dilakukan produksi ASI baik, pemberian kapsul vitamin A diberikan, pelayanan kontrasepsi pasca persalinan tidak, penanganan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas dilakukan, buang air besar sudah, buang air kecil sudah.

Catatan Perkembangan Nifas 6 Hari (KF II)

Tanggal : 14-April-2019

Pukul : 14.30 WITA

Tempat : Rumah Ny : S.S.

S : Ibu mengatakan bayinya menyusu kuat dan hanya diberi ASI saja, BAB dan BAK lancar, tali pusat sudah terlepas sejak kemarin.

O: Denyut jantung 140 x/menit, suhu 37 °C, pernapasan 47 x/menit BB 2900 gram, tidak ikterik, tidak muntah dan tali pusat belum puput.

A:By. Ny.S.S. Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Umur 7 Hari.

P :

1. Menginformasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan yaitu keadaan umum bayi baik, denyut jantung 140 x/menit, suhu 37 °C, pernapasan 47 x/menit, BB 3200 gram, tidak kuning, tidak kembung, tidak ada tanda-tanda infeksi pada daerah tali pusat.

Ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan merasa senang.

2. Mengingatkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi.
Ibu mengerti dan masih mengingatnya.
3. Menanyakan pada ibu bagaimana cara menyusui secara eksklusif.
Ibu mengatakan hanya memberikan ASI saja pada bayinya dan menyusui setiap 2-3 jam atau setiap kali bayi menangis. Jika bayinya tidur lebih dari 3 jam, dibangunkan untuk disusui.

4. Mengingatkan ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti pernapasan sulit, isapan ASI lemah, banyak muntah, suhu badan meningkat, kejang, keluar nanah dari pangkal tali pusat, bayi menangis terus menerus dan mengingatkan ibu untuk segera membawa bayinya ke fasilitas kesehatan jika bayi mengalami salah satu tanda bahaya tersebut.
Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

5. Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya dibawah sinar matahari pagi antara pukul 07.00 sampai pukul 08.00 selama 15 sampai 30 menit.

Ibu mengerti dan mengatakan sudah melakukannya.

6. Mengingatkan ibu untuk membawa bayinya kembali pada tanggal 7-Mei-2019

Ibu mengerti dan berjanji akan datang kembali.

Catatan Perkembangan Kunjungan Masa Nifas 2 Minggu (KF III)

Tanggal : 22 April 2019
Pukul : 10.00 WITA
Tempat : Rumah Ny: S.S

S:Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan dan bayi minum ASI dengan lahap serta menghisap kuat

O :Tanda-tanda vital: denyut jantung 136 x/menit, suhu 37^oc, pernapasan 42 x/menit, BB 3100 gram, tidak kembung, tidak ikterik, tidak muntah

A : By. Ny.S.S. neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 14 hari

P:

1. Menginformasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan yaitu keadaan umum bayi baik, denyut jantung 136

x/menit, suhu 37 °C, pernapasan 42 x/menit, BB 4300

gram, tidak kembung dan tidak kuning.

Ibu mengetahui hasil pemeriksaan yang disampaikan.

2. Menanyakan pada ibu tentang masalah atau penyulit

pada bayi selama masa menyusui

Ibu mengatakan dalam keadaan sehat dan tidak ada masalah dengan kesehatan bayinya.

3. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif

pada bayinya dan menyusui setiap 2 jam atau setiap kali

bayi menginginkan ASI.

Ibu mengerti dan bisa melakukannya.

4. Mengingatkan ibu menjaga kehangatan tubuh bayi

dengan menggunakan selimut atau kain tebal untuk

menutupi tubuh bayi dan memakaikan kaus kaki, kaus

tangan serta topi pada kepala bayi, tidak menidurkan bayi

di tempat dingin, mengganti kain atau pakaian bayi jika

basah.

Ibu mengerti dan akan terus menjaga kehangatan bayi.

5. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan perawatan bayi

sehari-hari seperti memandikan bayi 2 kali sehari dengan

tetap menjaga kehangatan bayi (menggunakan air

hangat), menggunakan sabun bayi, mencuci rambut bayi

dengan menggunakan shampo khusus bayi, mengganti

pakaian bayi 2 kali/hari atau setiap kali pakaian kotor

atau basah, menjemur bayi pada pagi hari antara pukul

06.30-07.00 WITA, serta menggunting kuku bayi setiap

kali mulai panjang.

Ibu mengerti dan akan melakukan perawatan bayi seperti yang dianjurkan.

6. Menganjurkan ibu untuk terus memantau pertumbuhan

berat badan bayinya setiap bulan di posyandu yang

dilaksanakan setiap tanggal 18.

- Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
7. Mengingatkan ibu tentang jadwal imunisasi Pemberian imunisasi BCG yang dijadwalkan setiap tanggal 07 dalam 1 bulan di Pustu Tenau. Ibu mengerti dan akan membawa bayinya pada tanggal 07-Mei-2019 untuk di imunisasi BCG

Catatan Perkembangan Neonatus 6 Jam (KN I)

Tanggal : 08-april-2019

Pukul : 07.28 WITA

Tempat : Puskesmas Alak

Oleh : bidan puskesmas alak

Kunjungan neonatus pertama yaitu 6 jam, penulis tidak melakukan asuhan secara langsung kepada pasien karena penulis sedang PKL di niki-niki. Penulis membuat catatan perkembangan dengan mengambil data dari buku KIA ibu S.S.

Buku KIA didapatkan data berat badan 2.900 gram, panjang badan 49 cm, suhu 36,5 °C, frekuensi nafas 47x/ menit, frekuensi denyut jantung 142x/ menit, memeriksa status vitamin K dilakukan, memeriksakan status imunisasi Hb O di lakukan.

Catatan Perkembangan Kunjungan Bayi 7 Hari (KN II)

Tanggal : 14-04-2019
Jam : 14.30 Wita

Tempat : Rumah ibu . S.S

S : ibu mengatakan dalam keadaan sehat, bayi di beri ASI tiap 2 jam.
Bayi sudah BAB 3 kali warna coklat, konsistensi lunak, BAK 5 kali warna kuning.

O : 1.) Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis
2.) Tanda-tanda vital : Deyut nadi : 120x/menit, suhu : 36,5 °C, pernapasan : 40x/menit.

Bayi aktif, reflek mengisap dan menelan kuat, menagis kuat, warna kulit kemerahan tidak sinosis maupun kuning, perut tidak kembung.

A : By. Ibu S.S Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 7 hari

P : Tanggal : 14-04-2019 Jam : 14.40 wita

- 1) Menginformasikan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan, dimana hasil pemeriksaan seperti keadaan umum : baik, kesadaran : compass mentis, Tanda vital S:36,5⁰ ,HR : 120x/menit, RR : 40 kali permenit. Perlu diketahui oleh ibu agar ibu tidak khawatir. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan bayi baik.
Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan yang telah

disampaikan.

- 2) Menginformasikan kepada ibu agar mencuci tangan sebelum memegang bayi
Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan melakukannya.
- 3) Menjelaskan kepada ibu tentang manfaat ASI bagi bayi, dan menganjurkan ibu untuk memberikan ASI setiap 2 jam sekali atau kapan saja jika bayi mau, dan tetap memberikan ASI secara eksklusif sampai bayi berumur 6 bulan tanpa makanan tambahan apapun karena ASI mengandung zat gizi yang dibutuhkan bayi, mudah dicerna, melindungi bayi dari infeksi, selalu segar, siap diminum kapan saja.
Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau memberikan ASI secara eksklusif.
- 4) Menjelaskan kepada ibu untuk menjemur bayi di sinar matahari pagi yaitu dengan cara menutup mata bayi agar tidak terkena sinar matahari langsung.
- 5) Menjelaskan kepada ibu tentang cara menjaga bayi tetap hangat agar terhindar dari hipotermi, yaitu dengan cara selalu menyediakan lingkungan yang hangat, tidak meletakkan bayi di dekat jendela, tidak meletakkan bayi di atas tempat yang dingin, mengenakan pakaian yang bersih, kering dan hangat, segera mengganti pakaian maupun popok bayi yang lembab.
Ibu mengerti dan akan melakukannya.
- 6) Menjelaskan kepada ibu tentang cara menjaga kebersihan bayi, yaitu dengan cara memandikan bayi 1 kali sehari, mengganti popok yang basah, segera mengganti pakaian dan kain bayi yang basah. ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan melakukannya.
- 7) Mengajarkan ibu tentang perawatan tali pusat seperti menghindari pembungkusan tali pusat, jangan mengoleskan atau membubuhkan apapun pada tali pusat, melipat popok dibawah tali pusat bayi, jika putung tali pusat kotor maka cuci secara hati-hati dengan air matang, jika tali pusat bernanah atau

berdarah maka segera melapor dan bawa ke fasilitas kesehatan.
Ibu memahami dan akan menerapkannya kepada bayinya.

Catatan Perkembangan Kunjungan Bayi 15 Hari (KN III)

Tanggal : 22-04-2019 Tempat : Rumah ibu S.S

Jam : 10.00 Wita

S : ibu mengatakan dalam keadaan sehat, bayi di beri ASI tiap 2 jam.
Bayi sudah BAB 3 kali warna coklat, konsistensi lunak, BAK 5 kali warna kuning.

O : 1.) Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis
2.) Tanda-tanda vital : Deyut nadi : 120x/menit, suhu : 36,5 °C, pernapasan : 40x/menit.

Bayi aktif, reflek mengisap dan menelan kuat, menagis kuat, warna kulit kemerahan tidak sinosis maupun kuning, perut tidak kembung.

A : By. Ibu S.S Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 15 hari

P : Tanggal : 22-04-2019 Jam : 10.20 wita

- 1) Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan bayi baik dengan hasil pemeriksaan yaitu denyut nadi: 120 x/menit, Suhu: 36,5°C, pernapasan : 40 x/menit.
Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan
- 2) Menginformasikan kepada ibu bahwa bayinya akan harus mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Imunisasi bertujuan untuk memberikan kekebalan kepada bayi agar bayi terhindar dari penyakit-penyakit tertentu. Imunisasi yang pertama kali didapatkan saat bayi berumur di bawah 7 hari yaitu imunisasi hepatitis yang melindungi bayi dari penyakit hepatitis, saat bayi berumur di bawah 2 bulan, bayi perlu mendapatkan imunisasi

BCG yang melindungi bayi dari penyakit TBC, saat bayi berumur di atas 2 bulan, bayi perlu mendapatkan imunisasi DPT dan Polio, dan saat bayi berumur 9 bulan, bayi perlu mendapatkan imunisasi campak. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan membawa anaknya ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan imunisasi.

- 3) Mengingatkan ibu untuk imunisasi bayinya di pustu tenau pada tanggal 17-05-2019

Catatan Perkembangan KB

Tanggal : 10-Mei-2019

Pukul : 13.00 WITA

Tempat : Rumah Tn.M.R.A.S

S: Ibu ingin menggunakan KB untuk menunda kehamilan

O: Tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,8°C, nadi 78 x/menit, pernapasan 18 x/menit, konjungtiva merah muda.

A : Ny.S.S. umur 35 tahun, P2A0AH2 akseptor KB Suntikan 3 bulan

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan umum ibu baik yakni tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,8°C, nadi 78 x/menit, pernapasan 18 x/menit.

Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan dan merasa senang.

2. Menanyakan kembali metode apa yang akan ibu gunakan, setelah diberikan penjelasan.
Ibu mengatakan sudah mendiskusikan dengan suaminya dan ibu memilih untuk menggunakan metode KB Suntikan 3 bulanan.

3. Dan menjelaskan kepada ibu metode yang ingin di gunakan ibu yaitu: Suntikan progestin merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron. Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin yaitu :

(a) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera) mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik *intramuscular*.

(b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat) yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik *intramuscular*.

Cara kerja suntikan progestin yaitu menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan

penetresi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan *artrofi*, menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Keuntungan suntikan progestin adalah sangat efektif, pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak memiliki pengaruh terhadap ASI, sedikit efek samping, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai primenopause.

Kerugian suntikan progestin adalah sering ditemukan gangguan haid, klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut, tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau infeksi Virus HIV, terlambat kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan *libido*, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, jerawat.

Efek samping suntikan progestin antara lain *amenorrhea*, perdarahan hebat atau tidak teratur, penambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan).

Penanganan efek samping menurut Mulyani dan Rinawati (2013), yaitu :

- (a) Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu. Jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim, bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien, hentikan penyuntikan.
- (b) Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik.
- (c) Informasikan bahwa perdarahan ringan sering di jumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.
- (d) Informasikan bahwa kenaikan/penurunan berat dan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikanlah diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi

lain.

C. Pembahasan

Penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny S.S yang dimulai sejak tanggal 23 Februari sampai dengan 18 Mei 2019 dari kehamilan, persalinan sampai 6 minggu masa nifas. Beberapa hal yang penulis uraikan pada pembahasan ini dimana penulis akan membahas kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan penatalaksanaan dari kasus yang ada.

Hasil pengkajian yang penulis lakukan pada kunjungan pertama tanggal 23-Februari-2019, penulis mendapatkan data bahwa Ny.S.S umur 33 tahun, umur kehamilan 33 minggu 4 hari, hamil anak ke2, pernah melahirkan 1 kali, belum pernah keguguran dan memiliki 1 anak hidup berjenis kelamin Laki-Laki.

Saat kunjungan ini ibu mengatakan tidak ada keluhan..Kunjungan kedua ibu mengatakan tidak ada keluhan. Kunjungan ketiga ibu mengeluhkan kencang-kencang pada perut bagian bawah sejak 2 hari yang lalu. Kunjungan ketiga usia kehamilan 34 minggu Ny.S.S mempunyai keluhan yaitu rasa kencang-kencang pada perut sejak tanggal 20-Februari-2019.Sesuai dengan keluhan pada ibu hamil trimester III yaitu kencang-kencang pada perut. Kencang-kencang ini merupakan kenceng-kenceng palsu atau kontraksi Braxton Hicks, dan menurutnya kontraksi ini terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dan memberikan rangsangan oksitosin. Makin tua kehamilan, maka pengeluaran esterogen dan progesterone makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu.

Keluhan yang dialami Ny.S.S masih dalam batas wajar dan termasuk dalam kehamilan fisiologis. Penatalaksanaan yang diberikan pada ibu yang mengalami keluhan kencang-kencang pada perut adalah memberitahukan kepada ibu bahwa merupakan tanda

menjelang persalinan, istirahat dan mengajari teknik relaksasi yang baik, menganjurkan ibu olah raga ringan seperti berjalan-jalan. Kunjungan Antenatal Care (ANC) dari trimester II sampai dengan trimester III sebanyak 6 kali, meliputi 2 kali pada trimester II, 4 kali trimester III, Kunjungan kehamilan atau ANC ini sudah memenuhi standar pelayanan ANC yaitu selama kehamilan minimal 4 kali kunjungan yaitu pada trimester I sebanyak 1 kali, trimester II sebanyak 1 kali dan trimester III sebanyak 3 kali (Walyani, 2016) yang mengatakan bahwa jadwal pemeriksaan antenatal pada trimester I kunjungan pertama dilakukan sebelum minggu ke-14, pada trimester II kunjungan kedua dilakukan sebelum minggu ke-28 dan pada trimester ke-3 kunjungan ketiga antara minggu ke 28-36 dan kunjungan ke-4 setelah minggu ke-36. Berdasarkan hal diatas, kontrol ANC Ny.S.S lebih dari standar yang telah ditentukan, karena tidak ada keluhan selama kehamilan. Terapi yang di dapat pada trimester III adalah Fe, Kalk, hal ini sesuai dengan Kementerian Kesehatan RI (2013), terapi yang didapat ibu pada trimester III adalah tablet Fe dan multivitamin. Pemberian suplemen bertujuan untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan janin.

Ny.S.S mengeluh nyeri pada pinggang dan menjalar ke perut bagian bawah pada tanggal 07-April-2019 pukul 00.00 WITA dan ada pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir pukul 20.30 WITA. Pada tanggal 08-April-2019 jam 02.00 WITA Ny.S.S ke Puskesmas Alak, dengan mengeluh perutnya kencang-kencang semakin lama semakin sering, dilakukan pemeriksaan dalam pada pukul 02.45 wita oleh bidan dengan hasil VT Ø 4 cm, portio tebal lunak, presentasikepala, denominator UUK, Hodge II, ketuban belum pecah, tidak adamolage. Bidan melakukan pemantauan pada Ny.S.S dan mencatat pemantauan tersebut dalam lembar partograf. Karena partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatanselamapersalinan. Gambaran pada partograf, berdasarkan

pemantauan selama persalinan tidak melewati garis waspada.

Pada jam 05.30 WITA hasil pemeriksaan dalam VT Ø10 cm, portio tidak teraba, presentasi kepala, denominator UUK, Hodge IV, ketuban pecah, tidak ada molage. Lamanya kala I fase aktif pada multipara, kecepatan rata-rata pembukaan selama fase aktif minimal 1,5 cm perjam. Kecepatan kala I fase aktif Ny.S.S 2 cm per jam dan masih dikatakan fisiologis. Penatalaksanaannya dengan tetap memberikan motivasi, dukungan, nutrisi dan posisi senyaman mungkin untuk pasien.

Kala II saat pembukaan lengkap Ny.S.S ingin meneran dengan di tandai adanya dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, frekuensi his semakin sering ($> 3x/\text{menit}$), intensitas his semakin kuat dan durasi his > 40 detik. Kala II berlangsung selama ± 12 menit, bayi lahir spontan, jenis kelamin Laki-Laki, langsung menangis, tonus otot baik, warna kulit merah muda, tidak ada kelainan kongenital dan anus ada. Menurut Sulistyawati (2009s), proses kala II berlangsung 1 jam pada multigravida, data yang mendukung bahwa pasien kala II adalah pasien mengatakan ingin meneran, perineum menonjol, vulva dan anus membuka, frekuensi his semakin sering $> 3x/\text{menit}$, intensitas semakin kuat, durasi his > 40 detik. Proses persalinan kala II berjalan lancar berlangsung selama ± 12 menit sehingga ini merupakan proses fisiologis, karena antara pasien dan tenaga kesehatan menjalin hubungan secara kooperatif dan bayi melakukan IMD selama 1 jam dan bayi tenang dan bias menyusui dengan baik.

Kala III pada Ny.S.S berlangsung ± 7 menit, hal ini sesuai dengan teori (Sulistyawati 2010) bahwa penatalaksanaan persalinan kala III dalam asuhan persalinan normal berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Kala III pada Ny.S.S berlangsung normal karena bidan menerapkan manajemen aktif kala III dengan benar. Manajemen aktif kala III dilakukan dengan pemberian oksitosin, pemberian suntikan

oksitosin dilakukan dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, setelah memastikan tidak ada bayi lain di dalam uterus. Oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi dan dapat menurunkan pasokan oksigen pada bayi. Peregangannya tali pusat dilakukan dengan mengklemp pada tali pusat diletakkan sekitar 5-10 cm dari vulva dikarenakan dengan memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah ekspulsi tali pusat. Masase fundus uteri dilakukan untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik, Biasanya plasenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta terjadi disertai dengan pengeluaran darah (Rukiah dkk, 2012). Plasenta lahir lengkap pada pukul 07.35 WITA, insersi tali pusat parasentralis, panjang tali pusat ± 50 cm.

Kala IV pada Ny.S.S berlangsung ± 2 jam, lamanya kala IV dari observasi 2 jam pertama post partum dalam keadaan normal. Menurut Rukiah, dkk (2012), kala IV persalinan dimulai dengan lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Kala IV pada Ny.S.S berjalan dengan normal dan fisiologis karena bidan melakukan pemantauan intensif dan pasien melakukan mobilisasi dini. Mengobservasi jumlah perdarahan jika sewaktu-waktu terjadi perdarahan yang berlebih. Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80x/menit, suhu $37,2^{\circ}\text{C}$, dan pernafasan 22x/menit, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras. Perdarahan ± 100 cc. Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi lahir. Jumlah perdarahan rata-rata dianggap normal adalah 100-300 cc, apa bila perdarahan lebih dari 500 cc, hal tersebut sudah dianggap abnormal dan harus dicari penyebabnya (Rukiah, dkk 2012). Kala IV pada Ny.S.S berlangsung normal selama 2 jam dan tidak terjadi perdarahan karena jumlah perdarahan tidak lebih 500 cc, dan kontraksi uterus keras.

Bayi Ny.S.S lahir pada usia kehamilan 40 minggu pada tanggal 08-April-2019, pada pukul 07.28 WITA secara spontan dengan letak belakang kepala, jenis kelamin Laki-Laki, dengan berat badan 2900 gram. Berdasarkan teori bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat badan antara 2500 gram sampai 4000 gram dengan nilai apgar > 7 dan tanpa bawaan.

Berdasarkan teori, ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-36 cm, bunyi jantung pada menit pertama 180x/menit, kemudian turun 120-140 x/menit, pernafasan pada menit pertama 80x/menit, kemudian turun menjadi 40x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin, rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala sudah sempurna, genetalia, labia mayora sudah menutupi labra minora (perempuan) testis sudah turun di dalam scrotum (laki-laki), reflek isap dan menelan sudah terbentuk baik, reflek moro baik, bila dikagetkan bayi akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk, graff reflek baik, bila diletakkan benda pada telapak tangan bayi akan menggenggam, eliminasi baik, urine dan mekonium keluar dalam 24 jam pertama (Ilmiah,2015). Pada pemeriksaan objektif yang dilakukan pada By.Ny.S.S didapatkan bahwa jenis kelamin Laki-laki, dengan berat badan 2900 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 34 cm, lingkar dada 32 cm, lingkarperut 29 cm, labia mayora sudah menutupi labia minora, reflek moro, rooting, sucking, grasping, tonic neck dan walking baik, kulit kemerahan, denyut jantung 148 x/menit, pernapasan 48 x/menit, kulit kemerahan, tidak ada lanugo, rambut kepala sudah sempurna. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.

Berdasarkan teori, penatalaksanaan pada bayi baru lahir yakni melakukan IMD, pemberian vitamin K dan salepmata, pemberian imunisasi HB₀, menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif, merawat tali pusat, mencegahinfeksi. Penatalaksanaan pada By.Ny.S.S yakni melakukan IMD selama satu jam, pemberian Vitamin K (1 mg) di paha kiri dan pemberian salep mata setelah 1 jam IMD, menganjurkan kepada ibu untuk memberikan ASI Eksklusif, menjaga kehangatan bayi, mengajarkan kepada ibu cara merawat tali pusat dan imunisasi HB₀ tidak diberikan setelah 6 jam lahir di Klinik Bidan Farida Sadik, hal ini disebabkan kebiasaan di Klinik melayani saat pasien diperbolehkan pulang, biasanya sehari setelah lahir, hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Marmi (2015), menjelaskan bahwa pemberian imunisasi HB₀ diberikan setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ dan dijelaskan juga dalam Kemenkes RI, (2010) , menjelaskan asuhan pada bayi baru lahir antara lain jaga bayi tetap hangat, pembebasan jalan napas, mempertahankan kebersihan untuk mencegah infeksi, perawatan tali pusat, IMD, pemberian salep mata dan vitamin k₁ 1 jam setelah lahir dan pemberian imunisasi HB₀ setelah 1 jam pemberian vitamin k₁ agar lebih efektif. Memang hal ini terdapat kesenjangan namun bukan merupakan masalah serius karena menurut Marmi (2015) rentang waktu pemberian imunisasi HB₀ yaitu saat usia bayi 0-7 hari.

Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan. Dari hasil pemeriksaan fisik, By.Ny.S.S dalam keadaan sehat dan tidak mengalami cacat bawaan.

Pada kunjungan hari ke 6, ibu mengatakan masih terdapat pengeluaran cairan dari jalan lahir yang berwarna coklat. Pengeluaran cairan tersebut menandakan bahwa adanya lochea sanguilenta yang terjadi pada hari ke 3-7, berwarna putih bercampur merah, terdiri dari

sisia darah yang bercampur lendir. Pada kunjungan hari ke1, hasil pemeriksaannya yaitu kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, pengeluaran lochea rubra dan tidak ada perdarahan. Kunjungan hari ke 3, kontraksi uterus baik, TFU pertengahan pusat simfisis, terdapat pengeluaran lochea sanguilenta.

Kunjunganharike 15, ibu mengatakan tidak ada keluhan. Pengeluaran yang terjadi pada hari ke 15 terdapat pengeluaran berwarna putih, mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabutjaringan yang mati. Hal inisesuaidenganteori, sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Kunjungan hari ke 15, TFU 2 jari atas simpisis terdapat pengeluaran loche alba. Involusi uterus yang terjadi terdiri dari: plasenta lahir TFU setinggi pusat, 1 minggu TFU pertengahan pusat simfisis, 2 minggu TFU tidak teraba, dan 6 minggu TFU sudah kembali normal, Sedangkan perubahan pada lochea terdiri dari: loche rubra terjadi pada 1-3 hari, lochea sanguilenta terjadi pada 3-7 hari, lochea serosa terjadi pada harike 7-14 dan lochea alba terjadi> 14 hari. Dari hasil pemantauan tersebut menunjukkan bahwa proses perubahan system reproduksi terutama involusi uterus dan locheaberjalan normal.

Kunjungan hari ke 6 adalah menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik. Hasil pemeriksaan pada Ny.S.S adalah tinggi fundus uteri pada hari ke 6 adalah pertengahan pusat simfisis, kontraksi uterus baik, pengeluaranlocheasanguilenta yang berwarna merah kuning. Hasil pemantauan,tidak ada kesenjangan dengan teori.Kunjungan hari ke 30 post partum adalah menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami dan memberikan konseling untuk KB secara dini. Hasil pemeriksaan pada Ny.S.S adalah tinggi fundus uteri tidak terabalagi dan pengeluaran lochea alba yang berwarna putih. Hasil pemantauan tidak ada kesenjangan

dengan teori dan selama masa nifas Ny.S.S tidak ada penyulit dan komplikasi.

Kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi pada 6 jam-3 hari setelah melahirkan, 4-28 hari setelah melahirkan dan 29-42 hari setelah melahirkan (Kemenkes, 2015). Pada Ny.S.S dilakukan kunjungan masa nifas antara lain 1 hari, 3 hari, dan 15 hari. Hasil dari kunjungan hari ke 1 sampai hari ke 30 setelah melahirkan, tidak ditemukan masalah atau komplikasi apapun dan tidak ada kesenjangan dengan teori.

Kunjungan KB dilakukantanggal10-Mei-2019, data subyektif yang penulis peroleh dari ibu adalah ibu mengatakan ingin menggunakan KB untuk menunda kehamilan. Dari hasil pemeriksaan didapati keadaan umum ibu baik serta tidak ada bendungan ASI. Selanjutnya penulis memberikan penjelasan secara umum mengenai macam-macam KB pasca persalinan yang tidak mempengaruhi produksi ASI seperti AKDR, implant, suntik 3 bulan, pil progestin dan MAL. Hal ini sesuai dengan teori Handayani (2010), yang mengatakan bahwa keuntungan dari KB AKDR, implant, suntik progestin 3 bulan, pil progestin dan MAL tidak mempengaruhi proses produksi ASI terutama KB yang mengandung hormonal seperti implant, suntik progestin 3 bulansertapil progestin. Sebab KB hormonal tersebut hanyamengandunghormonprogesteron dan tidak mengandung hormon estrogen.

Berdasarkan hasil penjelasan tersebut, Ny.S.S memilih untuk menggunakan metode 3 bulan Suntikan progestin. Suntikan progestin merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormone progesteron. Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin yaitu :

- (c) Depo Medroksi progesteron Asetat (Depoprovera) mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara

disuntik *intramuscular*.

- (d) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat) yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik *intramuscular*.

Cara kerja suntikan progestin yaitu menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetresi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan *atrofi*, menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Keuntungan suntikan progestin adalah sangat efektif, pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak memiliki pengaruh terhadap ASI, sedikit efek samping, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai *perimenopause*.

Kerugian suntikan progestin adalah sering ditemukan gangguan haid, klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut, tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau infeksi Virus HIV, terlambat kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan *libido*, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, jerawat.

Efek samping suntikan progestin antara lain *amenorrhea*, perdarahan hebat atau tidak teratur, penambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan).

Penanganan efek samping menurut Mulyani dan Rinawati (2013), yaitu :

- (e) Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu.

Jelaskanbahwadarahhaidtidakterkumpuldalamrahim,

bilatelahterjadikehamilan, rujuk klien, hentikan penyuntikan.

- (f) Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. sJangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6bulan kemudian, bila

tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik.

- (g) Informasikan bahwa perdarahan ringan sering di jumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.
- (h) Informasikan bahwa kenaikan/penurunan berat dan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikanlah diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok. Berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain.

BAB V PENUTUP

A. Simpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny.S.S usia kehamilan 33 minggu 4 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala, intra uterin, keadaan jalan lahir normal dan keadaan ibu dan janin sehat dari kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana yang dimulai dari tanggal 23 Februari sampai dengan 18 Mei 2019, maka dapat disimpulkan :

1. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny.S.S sejak pertama bertemu pada pemeriksaan tanggal 23 Februari 2019 sampai tanggal 18 Mei 2019.

2. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan persalinan pada Ny.S.S dengan menolong persalinan sesuai 60 langkah asuhan persalinan normal pada tanggal 08 April 2019 di Puskesmas Alak. Persalinanberjalandengan normal tanpaadapenyulitdan komplikasi yang menyertai.
3. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan bayi baru lahir pada By.Ny.S.S yang berjenis kelamin Laki-Laki, BB 2900 gram, PB 49 cm, tidak ditemukan adanya cacat bawaan serta tanda bahaya. Bayi telah diberikan salap mata dan Vit Neo K 1 mg/0,5cc dan telah diberikan imunisasi HB0 usia 6 jam dan saat pemeriksaan dan pemantauan bayi sampai 28 hari tidak ditemukan komplikasi dan tanda bahaya.
4. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan nifas pada Ny.S.S dari tanggal 23 April sampai dengan 18 Mei 2019.
5. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan keluarga berencana pada Ny.S.S dengan memberikan penjelasan tentang macam-macam alat kontrasepsi pasca persalinan dan Ny.S.S memilih menggunakan alat kontrasepsi suntikan 3 bulan.

B. Saran

Sehubung dengan simpulan di atas maka penulis menyampaikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Penulis
Agar mahasiswa mendapatkan pengalaman dalam mempelajari kasus-kasus pada saat praktik dalam bentuk SOAP serta menerapkan asuhan sesuai standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan.
2. Bagi Jurusan Kebidanan Poltekkes kemenkes Kupang
Diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas.
3. Bagi Puskesmas pembantu Tenau
Asuhan yang sudah diberikan pada klien sudah cukup baik dan hendaknya lebih meningkatkan mutu pelayanan agar dapat memberikan asuhan yang lebih baik sesuai dengan standar asuhan kebidanan serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan agar dapat menerapkan setiap asuhan kebidanan sesuai dengan teori dari mulai kehamilan, persalinan, BBL, nifas dan KB.
4. Bagi Pasien

Agar klien memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan keadaan kehamilannya secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas dan BBL dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati dan Wulandari. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- A,Rosdiana. 2000. *Kamus kebidanan Yogyakarta Para Media*
- Asri, Dwi dan ChristineClervo, 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Dewi, 2013. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Dan Anak Balita*. Yogyakarta: Salemba Medika
- Hidayat, 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Handayani. 2011. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta : Pustaka Rihana
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI dan JICA (Japan International Cooperation Agency)

- Kemenkes RI. 2015. *Informasi SDM Kesehatan Indonesia*. Badan PPSPDM Kesehatan
- Kriebs, 2009. *Buku Saku Asuhan Kebidanan Varney*. Jakarta : EGC
- Laliyana. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta :EGC
- Nuraisah Ai, dkk. 2014. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Bandung : PT Refika Aditama
- Nurliana Masyur. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Jatim : Selaksa Media
- Notoatmodjo. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan* . Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugroho. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Nurjana, 2013. *Asuhan Kebidanan Postpartum Dilengkapi dengan Asuhan Kebidanan post Sectio Caesarea*. Bandung: Refika Aditama
- Pratami. 2014. *Konsep Kebidanan Berdasarkan Kajian Filosofi dan Sejarah*. Mengetan: Forum Ilmiah Kesehatan
- Romauli. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rukiah, Ai Yeyeh. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Anak Balita Edisi Revisi*. Jakarta: Info Medika
- Rukiyah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan II Persalinan Edisi Revisi*. Jakarta: Trans Info Media
- Setyorini. 2013. *Belajar Tentang Persalinan* . Yogyakarta : Graha Ilmu
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sulistyawati, 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: CV. Andi Offset
- Wahyuni. 2012. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Jakarta : EGC
- Walyani. 2015. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta : PT Pustaka Baru.

Walyani dan Puwoastuti. 2017. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta : PT Pustaka Baru

Wagiyo & Putrono. 2016 . *Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal dan Bayi Baru Lahir*

WHO. World Health Statistics. 2015 : World Health Organization ; 2015